FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1907 — N° 404

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 17 juillet 1907, à 1 heure

Par **J.-M.-Fr. EUDES**

Né à Dol-de-Bretagne le 19 janvier 1879

ESSAI

SUR LES RAPPORTS QUI EXISTENT

ENTRE LE

KYSTE DE L'OVAIRE ET LA MENSTRUATION

Président : M. PINARD, *professeur.*

Juges : MM. SEGOND, *professeur.*
LEPAGE et PIERRE DUVAL, *agrégés.*

PARIS

LIBRAIRIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26

1907

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	**M. DEBOVE.**
Professeurs	**MM.**
Anatomie	**N...**
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Parasitologie. Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	N....
Opérations et appareils	SEGOND
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	LE DENTU. TERRIER. BERGER. RECLUS.
Clinique opthalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	N..... PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	DUPRÉ	LEPAGE	RIEFFEL (chef des trav. anat).
BALTHAZARD	DUVAL	MACAIGNE	TEISSIER
BRANCA	FAURE	MAILLARD	THIROLOIX
BEZANÇON	GOSSET	MARION	VAQUEZ
BRINDEAU	GOUGET	MAUCLAIRE	WALLICH
BROCA (ANDRÉ)	JEANSELME	MERY	
CARNOT	LABBE	MORESTIN	
CLAUDE	LANGLOIS	POTOCKI	
CUNEO	LAUNOIS	PROUST	
DEMELIN	LEGRY	RENON	
DESGREZ	LEGUEU	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE
ET DE MON BEAU-FRÈRE

A MA MÈRE

En témoignage de ma profonde reconnaissance.

A MA SOEUR

A MES MAITRES

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

MEMBRE DU CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

INTRODUCTION

Nous nous sommes proposé d'étudier le kyste de l'ovaire dans ses rapports avec la menstruation. Bien qu'on en ait trouvé chez des enfants très jeunes, certains disent même chez des fœtus, bien que certains paraissent s'être développés après la ménopause, les kystes de l'ovaire se rencontrent surtout de 20 à 50 ans, c'est-à-dire à une époque de la vie où les femmes sont ou auraient dû être réglées.

Il était donc intéressant de rechercher quelle influence peut avoir le kyste de l'ovaire sur la menstruation et aussi d'examiner quel rôle celle-ci peut jouer dans l'évolution normale de cette tumeur.

On se convaincra d'autant mieux de l'intérêt de cette question que l'on se rappellera mieux aussi, d'une part, le rôle important de l'ovaire dans la menstruation normale et d'autre part, la façon dont se comporte vis-à-vis du tissu ovarien le processus kystique. Si l'ovaire, en effet, est nécessaire à l'établissement régulier des

règles, on prévoit facilement que toute atteinte à l'intégrité de son tissu propre peut amener des perturbations dans l'écoulement menstruel ; perturbations qui seront vraisemblablement d'autant plus grandes que le tissu ovarien sera plus atteint.

Après les avoir rappelés brièvement et signaler les causes principales des modifications des règles, nous essa erons de montrer quels troubles on rencontre au cours d'une affection kystique de l'ovaire, dans quelle proportion on les trouve, s'ils sont imputables ou non au kyste et enfin la relation qui peut exister entre la variété de la tumeur et les troubles qu'elle détermine.

Pour résoudre ces différentes questions nous avons cherché à réunir le plus d'observations possible. Nous nous sommes adressé à quelques-uns de nos maîtres et nous avons été très heureux de la bienveillance qu'ils nous ont témoignée en cette circonstance. MM. les professeurs Terrier, Pozzi, Gosset mirent à notre disposition un certain nombre d'observations de leurs services. Malheureusement, ces observations ne contenaient pour ainsi dire pas de détails touchant la question qui nous intéressait.

Pour obtenir des détails complets et précis, il fallait revoir les malades qui faisaient le sujet de ces observations. Avec l'autorisation de nos maîtres, nous avons cherché à le faire. Nous avons pu en retrouver un certain nombre et leur demander les détails qui nous étaient utiles. Nous avons pu en outre constater l'état actuel de ces malades et connaître quelles modifications avaient subies leurs règles depuis l'opération.

C'était une tâche délicate autant que pénible. Nous avons été encouragé en quelque sorte à la continuer jusqu'au bout par le bon accueil que nous recevions auprès de chaque malade. Nous sommes heureux de le constater ici et de les assurer toutes de notre bien sincère reconnaissance. Ce sont ces observations qui constituent nos observations personnelles.

Malgré nos efforts, plusieurs de ces malades n'ont pu être retrouvées, néanmoins nous avons tiré de leurs observations le plus de profit possible. Enfin c'est à divers auteurs que nous avons emprunté le reste de nos observations.

Nous sommes heureux de profiter de la circonstance qui nous est offerte au début de ce travail pour apporter à nos maîtres de la Faculté de Paris, MM. les professeurs Terrier, Pozzi et Gosset, l'hommage de notre profonde reconnaissance pour la bienveillance qu'ils nous ont témoignée en cette occasion. M. le professeur Pinard daigna nous indiquer le sujet de ce travail, et accepter la présidence de notre thèse. Nous le prions de bien vouloir agréer nos plus sincères remerciements.

Nous n'oublierons point non plus, à la fin de nos études, de témoigner toute notre gratitude aux maîtres de l'École de Rennes qui se sont chargés de faire la plus grande partie de notre éducation médicale, et d'une façon toute spéciale à M. le professeur Dayot, dans le service de qui nous eûmes l'honneur d'être tour à tour externe puis interne intérimaire, à M. le professeur Bertheux de qui nous fûmes externe, à M. le professeur Perrin de la Touche près de qui nous avons rempli pen-

dant presque deux ans les fonctions d'interne. MM. les professeurs Perret, Le Moniet, Bodin et Véron furent pleins de sollicitude pour nous. Nous sommes heureux de leur témoigner ici toute notre reconnaissance.

M. le Dr Mouchotte, chef de clinique obstétricale, voulut bien nous aider de ses conseils et nous procurer plusieurs observations ; M. le Dr Hardouin, chef de clinique chirurgicale à l'École de Médecine de Rennes nous en communiqua aussi plusieurs ; M. le Dr Cazenave voulut bien ne pas se fatiguer de nos instances ; M. Brezard, interne en chirurgie des Hôpitaux de Paris, eut l'amabilité de nous permettre d'interroger trois malades du service de son maître M. le Dr Guinard : qu'ils daignent recevoir nos sincères remerciements.

CHAPITRE PREMIER

Des rapports de l'ovaire normal et de la menstruation.

I. — De la menstruation

« La menstruation, dit M. le professeur Pinard, est un syndrome constitué principalement par une hémorrhagie apparaissant d'une façon périodique chez la femme depuis la puberté jusqu'à la ménopause, c'est-à-dire, pendant toute la durée de fertilisation de la femme. »

C'est à partir de 1837 seulement, lorsque les remarquables travaux de Coste, de Gendrin, de Négrier (d'Angers), de Pouchet, de Raciborsky, de Bischoff eurent montré que chaque période menstruelle « coïncidait d'ordinaire avec la rupture d'un follicule de de Graaf » que la menstruation est entrée dans une voie vraiment scientifique. Jusque-là l'écoulement menstruel avait bien excité la curiosité des physiologistes, mais la fantaisie s'était donné libre cours à son sujet, si

bien qu'aujourd'hui les diverses théories émises n'ont plus qu'un intérêt historique.

A cette époque, les physiologistes pensaient que la ponte spontanée de l'ovule et l'hémorrhagie menstruelle étaient deux phénomènes d'une seule et même fonction : la menstruation. En 1874 même, Depaul et Guéniot nous disent encore, dans l'article du *Dictionnaire des sciences médicales,* qu'ils ont consacré à ce sujet, que la menstruation est une fonction dont le phénomène principal est la ponte de l'ovule. Pour eux ce serait l'ovaire qui, dans cette fonction, jouerait le principal rôle ; après lui viendraient l'utérus, puis les autres organes génitaux.

Depuis, certains auteurs, Beigel, Williams, Goodmann, Aveling, P. Mundé, de Sinéty, auxquels on peut ajouter Viault et Jolyet, Potocki et Branca ont séparé en deux parties la « fonction menstruelle » de leurs prédécesseurs : d'une part, l'ovulation qui comprend la maturation et la ponte spontanée de l'ovule ; d'autre part la menstruation avec l'hémorrhagie et les symptômes généraux et locaux qui s'y rattachent. A chacune de ces parties, ils ont conservé le nom de « fonction », de sorte que, pour eux, l'ancienne « fonction menstruelle » comprend donc deux fonctions distinctes : la fonction ovarienne et la fonction menstruelle. Ces deux fonctions seraient aussi pour eux complètement indépendantes.

De nos jours, on tend de plus en plus à détruire cette théorie. Pour l'école nouvelle, il n'existerait qu'une seule fonction : la fonction ovarienne dont la menstruation ne serait que la manifestation extérieure. L'écou-

lement sanguin serait un symptôme et non une fonction.

L'hémorrhagie étant le phénomène menstruel de beaucoup le plus manifeste, le plus constant et auss le plus important, on considère avec M. le professeur Pinard que « cette hémorrhagie utérine se montrant périodiquement en quantité et en qualité égale, c'est-à-dire étant toujours semblable à elle-même, constitue la menstruation normale ou physiologique ».

En parlant de menstruation, on aura donc surtout en vue l'hémorrhagie qui se produit au moment de chaque période. Toutefois, cette appellation n'est pas la seule usitée. On emploie couramment une foule d'expressions synonymes, tirées pour la plupart des caractères de ce phénomène. C'est ainsi qu'à sa place, on se sert constamment des termes de : menstrues, mois, règles, époques, ordinaires.

Nous nous conformerons à l'usage et dans le cours de ce travail, nous emploierons indifféremment l'une ou l'autre de ces expressions.

Si l'on examine au moment d'une période menstruelle des femmes normalement réglées, on constate que parfois l'écoulement sanguin apparaît sans avoir été devancé par aucun symptôme précurseur, parfois aussi et le plus souvent, certains phénomènes généraux et locaux le précèdent et le préparent.

« Un ou deux jours avant l'apparition de cet écoulement, les parties génitales externes, c'est-à-dire la vulve, les grandes et les petites lèvres, le clitoris, la muqueuse vaginale présentent une légère tuméfaction,

une sensation de chaleur vive et de la turgescence qui s'étendent jusqu'au col de la matrice en même temps qu'augmentent leurs sécrétions. Les parties génitales internes participent encore davantage à cet état inflammatoire. L'utérus augmente de volume et s'abaisse au point que son col est plus rapproché de la vulve, les lèvres de ce col sont tuméfiées et légèrement ramollies ; l'orifice est entr'ouvert et élargi transversalement. »

En même temps la femme éprouve « une douleur gravative, obtuse, dans les lombes, aux aines, dans le bassin, dans le fondement ».

« Elle ressent aux parties génitales une chaleur insolite, se plaint de douleurs vagues, de lassitude dans les membres, principalement aux cuisses et aux jambes. Elle est privée de sommeil, sa tête est pesante et chaude..., « sa respiration est moins libre qu'à l'ordinaire ».

« Les seins augmentent de volume et deviennent douloureux au toucher, leurs reliefs s'accroissent à mesure que le matrice a plus d'activité. Le pouls est dur, inégal ; quelquefois la physionomie de la jeune fille offre une expression toute nouvelle, ses yeux sont en feu. » C'est alors qu'apparaît l'hémorrhagie menstruelle qui « termine cette série de phénomènes par une crise et à mesure que le sang s'écoule l'exaltation vitale diminue, le pouls devient plus souple, l'œil moins animé et un croissant livide en circonscrit la partie inférieure, et tout semble annoncer dans la femme un état d'accablement et de langueur. »

Toutefois il est bon de remarquer que ces douleurs vagues sont, comme le disent Viault et Jolyet, plutôt

« un sentiment de pesanteur ou de malaise,... en un mot, une indisposition au moral comme au physique ».

Caufeynon (1), à qui nous empruntons presque textuellement ce tableau, ajoute enfin que « pendant tout le temps de la menstruation, les femmes sont faibles, plus délicates, plus impressionnables. »

« Le système nerveux, dit-il, éprouve presque toujours l'influence de la fonction menstruelle ; on le reconnaît à la susceptibilité nerveuse extrême qui rend les femmes plus sensibles à toutes les impressions morales pendant les règles ; les organes des sens sont aussi plus irritables et les passions plus impétueuses..., l'imagination prend une activité insolite, quelquefois même elle est désordonnée.

« Les femmes sont sujettes alors aussi à des caprices très singuliers, à des goûts bizarres, à un changement dans leur caractère qui devient enclin à la tristesse, à l'hypocondrie, plus irascible et plus susceptible d'émotion. » (Caufeynon.)

L'écoulement utérin peut d'emblée dès le moment de son apparition se produire en quantité maxima et se continuer ainsi sans changement jusqu'à la fin de la période menstruelle. Le plus souvent, il suit une marche croissante depuis le début jusqu'à un certain moment où il reste stationnaire pour décroître ensuite graduellement jusqu'à la fin de la période.

Au point de vue de son aspect, il peut être aussi « d'emblée constitué, nous disent Ribemont-Dessaigne

1. *Histoire de la femme.*

et Lepage,par du sang pur, de couleur foncée, vineuse ». Le plus souvent, il peut être en quelque sorte divisé aussi en trois phases qui se confondent avec les trois phases que nous venons de signaler à propos de l'abondance de l'écoulement.

Dans la première ou phase d'augment, se manifeste simplement un léger « écoulement vaginal séro-sanguinolent qui ne paraît même que par intervalles ». Puis le liquide devient « moins séreux et paraît d'une façon plus continue ». Dans une deuxième phase, dite d'état, « c'est du sang qui s'écoule sans interruption. » Enfin dans une troisième phase ou déclin « le sang sort en moins grande quantité et seulement par intervalles » ; puis bientôt, il ne reste plus « qu'un flux liquide séreux, sanguinolent, peu considérable et ne se montrant que par intervalles. »

Tel est le tableau clinique du phénomène que présentent à l'état normal les femmes depuis la puberté jusqu'à la ménopause.

C'est en général entre 12 et 18 ans que se montre cette hémorragie utérine. Mais à ce sujet, il existe entre les femmes de grandes différences qui tiennent « à la race, au climat, au régime alimentaire, au milieu et surtout à l'individu ».

Caufeynon prétend que ce n'est pas un avantage pour les femmes que d'être développées de bonne heure au point de vue génital ; « celles qui deviennent pubères de bonne heure, dit-il, sont aussi, pour cette raison, vieilles et impuissantes de bonne heure aussi, a ndis que celles dont la puberté est lente et tardive

conservent leur vigueur, leur jeunesse et leur force génératrice jusque dans un âge avancé. »

Contrairement à cette opinion, Viault et Jolyet prétendent que « les femmes, chez lesquelles la puberté a été la plus précoce, sont aussi celles chez lesquelles la ménopause est la plus tardive; elles ont une durée de vie sexuelle plus longue que les autres femmes. »

C'est aussi l'opinion de Pozzi.

Quoi qu'il en soit, si quelquefois encore, l'écoulement sanguin peut, lorsqu'il apparaît pour la première fois, se produire en quelque sorte brusquement, presque toujours, il a été annoncé par des changements plus ou moins importants dans l'organisme de la jeune fille.

Au moment de la puberté, la jeune fille, qui jusque-là n'a encore été qu'une enfant, éprouve, dit Caufeynon, « des modifications importantes dans ses facultés cérébrales et intellectuelles et aussi dans sa conformation physique et extérieure. » Car, la puberté est, suivant le même auteur, « le moment de la vie où la nature après avoir donné aux principaux organes de l'économie, la plus grande partie du développement qu'ils doivent acquérir, accorde à l'individu de chaque sexe les moyens respectifs par lesquels il doit concourir à la propagation de l'espèce. »

Sans entrer dans les détails au sujet des modifications que subit la jeune fille au moment de la puberté, disons seulement que tout son être moral et physique prend un développement nouveau qui, suivant l'expression de Caufeynon, « fait fleurir et briller tous les charmes de la jeune fille », et que ce sont surtout les

organes génitaux qui subissent les plus importantes transformations.

C'est alors qu'apparaissent pour la première fois les règles qui constituent ce qu'on a appelé « le premier signe certain de la puberté ».

Dans nos contrées, c'est ordinairement de la quarante-cinquième à la cinquantième année de l'existence, que les femmes voient disparaître l'écoulement menstruel. Et là, il nous est aussi impossible d'établir une règle fixe qu'il nous l'a été tout à l'heure pour indiquer le moment de son établissement. Comme précédemment, il existe entre les femmes des différences nombreuses, tenant pour la plupart aux différences de nourriture, aux fatigues plus ou moins grandes, aux grossesses plus ou moins nombreuses.

Tantôt, elle se manifeste brusquement, alors que la femme est en parfaite santé, tantôt elle est devancée par des modifications plus ou moins importantes : retards, irrégularités, métrorrhagies, celles-ci pouvant alterner « avec des écoulements blanchâtres plus ou moins abondants ».

En dehors de l'appareil génital, la femme éprouve souvent de la gêne à respirer, des palpitations, de la fatigue dans les membres, de la douleur articulaire. Puis, tout son être subit des modifications qui sont la conséquence de la suppression de l'hémorrhagie menstruelle. La femme est, dit-on, à « l'âge critique ».

Pendant toute la durée de leur établissement, qui est d'une trentaine d'années environ, les règles, à l'état

normal, se reproduisent toujours avec des caractères qui, variant d'une femme à l'autre, sont toujours les mêmes pour la même femme.

Un des plus importants est la périodicité. Depuis la première apparition des menstrues, et sans interruption, pour certaines femmes, c'est tous les vingt-huit jours, pour d'autres, toutes les trois semaines, pour d'autres, au contraire, toutes les six semaines, le plus souvent, c'est tous les mois solaires, c'est-à-dire tous les trente jours, que se montre l'hémorrhagie cataméniale. Dans l'intervalle d'une période à l'autre, il ne se produit à l'état normal aucun écoulement. Si d'une femme à l'autre, il existe de telles différences, par contre pour la même personne, c'est à des intervalles toujours les mêmes que se reproduisent les règles. Leur apparition à date fixe constitue la « régularité » de ce phénomène.

A côté de la périodicité, de la régularité, il nous faut signaler la durée égale de chacune des périodes. Tantôt c'est pendant trois jours, tantôt pendant six, tantôt pendant huit que la femme est réglée. Dubois qui a fait une statistique à ce sujet a trouvé que la durée de la menstruation était de trois jours ou de sept jours chez la plus grande partie des femmes. Mais entre les deux, on trouve tous les intermédiaires, si bien qu'il est encore impossible de comparer une femme à une autre. Par contre, pour la même femme, la durée de l'écoulement est toujours constante.

La quantité de sang répandu est aussi toujours la même. Il peut exister des différences entre chacun des jours d'une même période, mais les périodes ayant

normalement la même durée, si l'on compare le premier jour de l'une au premier jour de l'autre et ainsi de suite, on voit que pour chacun des jours d'une même période, l'abondance de l'hémorrhagie est la même que pour celui qui lui correspond dans une autre période.

Enfin la qualité ne varie pas non plus pour la même femme. Le sang est plus ou moins pur, plus ou moins clair, plus ou moins foncé, suivant les individus; mais qu'il s'agisse pour la même femme d'une période ou d'une autre on se trouvera toujours en face d'un écoulement semblable.

En résumé, la menstruation est donc un phénomène essentiellement périodique et intermittent dont la durée, l'abondance et la qualité sont toujours identiques à elles-mêmes pour la même femme considérée.

Nous avons dit ce qu'était la menstruation, en quoi consistait ce phénomène, comment il se produisait et quels étaient ses caractères, il nous reste à indiquer le rôle que joue dans la menstruation l'ovaire à l'état normal.

II. — Rôle de l'ovaire normal dans la menstruation

Tous les auteurs sont actuellement d'accord pour reconnaître que l'hémorrhagie menstruelle est une hémorrhagie utérine. Pour s'en convaincre, il suffit du reste d'examiner au spéculum une femme au moment

de ses règles. Certains auteurs ajoutent que la muqueuse tubaire joue aussi un certain rôle. L'hémorrhagie aurait donc son origine dans l'utérus et les trompes.

Mais quelle est la cause de l'hémorrhagie et suivant quel mécanisme se produit-elle ? Sur ce point, les auteurs ne sont plus d'accord. Autrefois, on considérait la menstruation comme le résultat de la phéthore. Il est incontestable qu'un certain état de pléthore est nécessaire pour que les règles se produisent comme il est nécessaire qu'un organe sécréteur soit plus ou moins congestionné pour que la sécrétion s'effectue, mais, comme le dit Caufeynon, « la pléthore n'est pas plus la cause de l'hémorrhagie qu'elle n'est la cause de la sécrétion ».

Laissant de côté les théories secondaires ayant pour but de montrer que la menstruation est « la conséquence de la chute actuelle d'un ovule » ou qu'elle répond plutôt à « la destruction d'un ovule détaché antérieurement », ayant pour but, comme celle de Lawson-Tait de faire jouer aux trompes un rôle important dans la menstruation, on peut dire qu'il existe deux grandes écoles. Les uns, avec Négrier, ont dit que « chaque mois une vésicule de de Graaf se rompait et que c'était ce travail ovarien qui était la cause incitatrice de l'hémorrhagie utérine ». D'autres, Beigel, Williams, Mundé, etc., ont soutenu, après Aran et Giraudet, que la menstruation était « une fonction de l'utérus liée au mode d'involution de la muqueuse utérine et indépendante de l'ovulation ». Signalons aussi la théorie de Fédoroff qui admet une relation de causalité entre l'ovulation et la menstruation, mais par un mécanisme différent.

Pour lui, ce serait la sécrétion interne de l'ovaire qui jouerait le principal rôle.

De nos jours, on tend de plus en plus à prétendre que les deux phénomènes sont intimement liés l'un à l'autre et qu'il existe entre les deux une véritable relation de cause à effet. Voici comment on explique le phénomène.

Lorsque l'ovule est arrivé à maturité, c'est-à-dire tous les mois environ, l'ovaire est le siège d'une congestion qui aurait pour effet de déterminer, d'une part, dans les organes génitaux de la femme une congestion analogue, et, d'autre part, la rupture de l'ovisac avec mise en liberté de l'ovule.

En même temps qu'elle détermine cette congestion ovarique, la distention du follicule arrivé à maturité exciterait, comme le prétend Pflüger, les terminaisons nerveuses de ce follicule. Il en résulterait, suivant Rouget, que sous l'influence de cette excitation, les faisceaux musculaires qui englobent le système vasculaire de l'utérus et de ses annexes se contracteraient, comprimeraient les « riches plexus veineux de ces organes » et amèneraient, comme le disent Viault et Jolyet, une véritable « érection » de tous les organes génitaux.

En même temps, la muqueuse utérine serait le siège de modifications qui aboutiraient à une desquamation « par place des parties superficielles de son épithélium ». Remarquons, en passant, que la muqueuse du col ne participe ni à la desquamation, ni à l'hémorrhagie.

Enfin, pendant ce temps, toujours par le fait de la congestion ovarique, la vésicule de de Graaf a été forcée

de se rompre et d'évacuer son contenu. C'est ordinairement vers la fin de l'écoulement que se produit cette rupture.

Tel est le mécanisme suivant lequel se produiraient l'ovulation et la menstruation.

En somme, la menstruation n'étant pour nous qu'un symptôme de la fonction ovarienne, nous ne voyons dès lors rien d'impossible à admettre que dans certains cas, il puisse y avoir ovulation sans menstruation. La première objection des partisans de l'indépendance absolue de ces phénomènes n'a donc plus sa raison d'être.

Quant à leur seconde allégation, à savoir qu'il existe des faits de menstruation sans ovulation, il est facile d'y répondre. Si certaines femmes ont vu persister leurs règles après castration double, c'est, ou bien qu'il restait une « particule vivace d'ovaire expliquant la menstruation » comme Liégeois, Waldeyer et d'autres l'ont constaté ; ou bien qu'il existait, ce qui n'est pas extrêmement rare, un ou plusieurs ovaires supplémentaires. Lebec (*Arch. génér. de méd.*, 1882) cite Weigel qui sur 600 femmes en trouva 23 ayant des ovaires supplémentaires. Enfin, quand ni l'une ni l'autre de ces raisons ne serait valable, il y aurait encore lieu de tenir compte de l' « habitude prise par les centres nerveux de congestionner le bassin d'une façon régulière et périodique » (1).

De tout cet exposé que nous faut-il surtout retenir ?

1. Lissac. Thèse 1896, Paris.

Une seule chose : que l'ovaire semble nécessaire à l'établissement de la menstruation.

Et de fait, l'ovaire est nécessaire pour que la menstruation se produise.

Bien que l'absence congénitale et complète des deux ovaires soit un fait extrêmement rare, Chéreau, Ferrand, Barnes, etc., en ont publié quelques observations. Tous ces auteurs s'accordent à dire que les malades dont il s'agit n'ont jamais été menstruées, alors qu'elles auraient dû l'être si elles avaient été normales. Les femmes chez qui les deux ovaires ont toujours fait défaut ne sont point réglées.

Il en est de même de celles qui ne possèdent que des ovaires infantiles, rudimentaires. L'observation suivante, que nous empruntons à Monprofit, nous en donne la preuve :

Moriss. Cas I, 1895.

In Monprofit (*Chirurgie des ovaires et des trompes*, 1903, p. 160). *Pas de menstruation. Annexes rudimentaires. Greffe sur l'utérus, par voie abdominale, d'un ovaire provenant d'une malade opérée. Guérison. Menstruation.*

L. B..., 20 ans, utérus infantile, annexes rudimentaires. Sauf ces particularités, femme bien développée. Jamais menstruée. Cortège de malaises comme après la suppression des règles.

Greffe au niveau du fond de l'utérus d'un fragment d'ovaire provenant d'une autre malade. Deux mois après, première menstruation qui dura huit jours.

Les femmes à qui on a enlevé complètement les deux ovaires ne sont plus réglées. Bricout, dans sa thèse, cite le cas des femmes hedjeras qui, dit-il, sont castrées dès leur jeune âge et ne sont jamais réglées.

Percivall Pott (*Œuvres chirurg.*, 1877, t. I, p. 492) cite le cas d'une femme de 25 ans, d'une bonne complexion, qui était entrée à l'hôpital parce qu'elle avait aux aines deux petites tumeurs qui devenaient entrèmement douloureuses au moindre mouvement. On les extirpa. C'était les ovaires. Depuis l'opération, cette femme est, dit-il, devenue maigre et en apparence plus musclée, ses seins se sont affaissés et depuis, elle n'a point été réglée.

La plupart des chirurgiens, qui ont pratiqué l'ovariotomie, sont de cet avis. M. le professeur Terrier, en particulier, est on ne peut plus formel sur ce point. « On doit, dit-il, considérer la suppression du flux menstruel comme un résultat constant, à la suite de l'extirpation des ovaires. »

Par contre, les femmes non réglées, à qui on a greffé un ovaire, voient réapparaître leurs règles. L'observation que nous avons citée plus haut en est une preuve. Nous y joindrons une autre observation qui finira de nous édifier à ce sujet. Nous l'empruntons à la thèse de Mossé (*État actuel de l'opothérapie ovarienne.* Paris, 1899). « Glass (*Medical News* (médecine moderne), 31 mai 1899, p. 343) a donné, dit-il, l'observation d'un cas de transplantation de l'ovaire d'une femme à une autre qui avait subi une double oophorectomie, et qui, pour ce fait, éprouvait tous les accidents d'une méno-

pause anticipée à 39 ans. L'ovaire transplanté fut emprunté à une femme de 17 ans qui, après un accouchement, avait eu des lésions cicatricielles du vagin rendant tout accouchement ultérieur impossible. L'ovaire fut suturé, chez la première femme, à la place de l'ovaire normal. »

Monprofit, qui publie la même observation, nous donne avec plus de détails les résultats opératoires. La malade avoua, dit-il, que six jours après l'opération, elle avait eu un éréthisme sexuel persistant plusieurs jours et deux rêves érotiques.

Depuis cette époque elle dit avoir continué à avoir l'appétit sexuel prononcé. Elle eut ses règles, pendant deux jours entiers, seize jours après la transplantation ; puis le 22 décembre, pendant trois jours, et en février 1899. La couleur et la consistance de l'écoulement sont naturelles. Huit mois après la transplantation, elle avait recouvré son équilibre mental et avait les apparences d'une excellente santé (Monprofit).

Cette dernière observation nous a en outre montré que si le tissu ovarien est nécessaire pour que la menstruation se produise, la présence des deux ovaires n'était pas indispensable. Nous irons encore plus loin en disant qu'une partie d'ovaire peut suffire pour assurer l'apparition de l'écoulement menstruel. De nombreuses observations démontrent en effet la véracité de cette affirmation. Nous n'en citerons que trois, que nous extrayons du travail de Monprofit.

Frank (Cas I) (1895) (*in* Monprofit, *loc, cit.*, p. 165).

(*Résumée.*)

Mlle R..., 20 ans, puella publica. En mars 1895, on procède à l'opération d'un pyosalpinx double. L'ovaire gauche est dégénéré d'une façon kystique, et si adhérent avec la poche de l'abcès salpingien qu'on est obligé d'enlever l'un et l'autre organe.

On peut laisser en arrière une petite portion de l'ovaire droit.

Le 21 mai 1895, elle est guérie.

La menstruation est revenue régulière, plus abondante et exempte des troubles qu'elle avait présentés auparavant.

Frank (Cas III) (1896). *In* Monprofit.

(*Résumée.*)

Pyosalpinx double. Ablation complète des annexes par voie abdominale. Greffe intra-salpingienne d'une portion de l'ovaire droit. Guérison. Depuis, menstruation régulière et sans douleurs. Grossesse. Avortement au troisième mois.

H. Delagénière (Cas I) (1901), Publiée par Kermarrec, *in* Monprofit.

(*Résumée.*)

Résection des annexes droites et ablation de l'ovaire gauche pour hydrosalpingite et ovarite droite, avec ovarite gauche. Greffe d'un fragment d'ovaire droit dans la trompe gauche. Guérison. Conservation de la menstruation.

Les chirurgiens qui ont pratiqué sur l'ovaire des opérations dites conservatrices, ont remarqué que souvent, après avoir réséqué un ovaire en entier et le second en partie, la menstruation persistait régulière.

Faut-il ajouter enfin que M. le professeur Pozzi, lorsqu'il pratiquait l'ignipuncture sur une grande échelle, avait remarqué qu'après avoir enlevé un ovaire et cautérisé partiellement le second, la menstruation persistait. Donnet (1), qui a publié dans sa thèse la statistique de M. Pozzi, nous donne à ce sujet des détails édifiants.

Cette étude de la menstruation et des rapports qu'à l'état normal l'ovaire présente avec ce phénomène nous montre l'importance de l'étude des rapports qui existent entre l'ovaire atteint d'affection kystique et la menstruation et nous permettra de la faire avec tout l'intérêt qu'elle comporte.

1. Donnet. Th. Paris.

CHAPITRE II

Des rapports de l'ovaire atteint d'affection kystique et de la menstruation.

I. — Des rapports de l'affection kystique et du tissu ovarien.

Avant de commencer l'étude des rapports que présente avec la menstruation l'ovaire atteint d'affection kystique, nous voudrions montrer, et c'est logique, comment se comporte cette affection vis-à-vis du tissu ovarien. Celui-ci, avons-nous dit, est nécessaire pour que la menstruation se produise, il est donc naturel de se demander ce qu'il devient au cours d'une affection kystique.

Le processus morbide peut être unilatéral ou bilatéral, et, de plus, se présenter sous des aspects différents.

Il existe, en effet, plusieurs variétés de kystes ovariques. Les uns sont le résultat d'une hypertrophie folliculaire, d'autres reconnaissent pour cause une inflammation aiguë ou chronique de l'ovaire; d'autres sont

la conséquence d'un processus particulier ayant pour point de départ l'épithélium germinatif de cet organe; enfin une quatrième variété semble résulter du développement d'un tissu anormalement situé dans l'ovaire.

Les auteurs ont l'habitude d'exclure les premiers et les seconds de la classe des kystes ovariques proprement dits, ceux-là, parce qu'ils sont rares et qu'ils n'atteignent jamais de grands développements; ceux-ci, parce que les auteurs préfèrent les décrire avec l'affection dont ils sont la conséquence. Quoiqu'ils puissent les uns et les autres, par leur nombre, sinon par leur volume, jouer parfois un certain rôle dans la question qui nous intéresse, nous nous conformerons à l'usage et les laisserons de côté.

Nous agirons de la même façon vis-à-vis des kystes hématiques qui ne sont que des tumeurs accidentelles et absolument différentes des kystes ovariens proprement dits, et vis-à-vis des kystes hydatiques qui sont des raretés.

Il nous reste donc deux grandes variétés de kystes ovariens: d'une part, les kystes que l'on appelle kystes mucoïdes avec Malassez et de Sinéty, kystes proligères, selon M. Pozzi ou cysto-épithéliomes avec M. Segond; et, d'autre part, les kystes dermoïdes.

Les kystes proligères acquièrent d'ordinaire de grandes dimensions. Le plus souvent ils sont multiloculaires; cependant, nombreux sont les cas où le kyste ne semblait présenter qu'une cavité unique.

Les auteurs s'accordent à dire que les kystes proligères uniloculaires ne seraient que des kystes en voie

de régression. Tout kyste proligère serait d'abord multiloculaire. Il est certain, en tous cas, que les kystes uniloculaires au sens exact du mot, sont extrêmement rares. Le plus souvent, à côté d'une grande cavité, se trouvent des poches beaucoup plus petites. Les prétendus kystes uniloculaires seraient donc la plupart du temps des kystes pauciloculaires. On leur conserve cependant le nom d'uniloculaires pour la commodité des descriptions.

Ces kystes peuvent se développer simplement par augmentation de volume, sans modifier leur caractère propre, ou bien, au contraire, être le siège d'une véritable prolifération épithéliale, qui se fait soit sous forme de saillies à l'intérieur de la cavité kystique (kystes papillaires), soit sous forme de dépressions en doigt de gant dans l'épaisseur de la paroi du kyste (kystes glandulaires). Ils sont alors non végétants ou au contraire végétants.

Cette prolifération peut être tellement intense qu'elle arrive à perforer la paroi du kyste en un ou plusieurs points, de façon à laisser passer au dehors de petites masses bourgeonnantes, ou bien à faire éclater le kyste qui semble alors s'être retourné.

Cette végétation peut se faire dans les kystes uniloculaires, mais elle est beaucoup plus fréquente dans les kystes multiloculaires.

S'ils peuvent présenter une dégénérescence maligne, épithéliale ou carcinomateuse, et créer des métastases, les kystes proligères peuvent aussi évoluer spontanément vers la guérison, soit qu'ils se rompent dans un

des organes voisins, vessie, rectum, utérus, soit qu'ils présentent une dégénérescence calcaire ou colloïde.

Il arrive parfois qu'au lieu d'y avoir un seul kyste sur le même ovaire, on trouve, en réalité, plusieurs kystes distincts. Dans ce cas, les kystes ne seraient ni plus ni moins qu'un kyste multiloculaire sans membrane d'enveloppe commune.

Les kystes dermoïdes sont, en général, plus petits que les précédents. Le plus souvent, ils sont uniloculaires, mais parfois, ils peuvent présenter plusieurs loges.

Quelquefois, mais rarement il est vrai, on peut les trouver combinés à des kystes proligères dans la même tumeur. Ils peuvent alors se transformer en tumeurs malignes et présenter une dégénérescence cancéreuse.

Nous pourrons y joindre les kystes parovariens qui, comme l'a fait remarquer M. Pozzi, sont plutôt des kystes para-ovariens que des kystes du parovarium. Bien que cette question puisse paraître en dehors de notre sujet, il nous a cependant semblé utile de voir si une telle lésion dans le voisinage de l'ovaire ne pouvait pas nuire à sa fonction.

Les kystes parovariens sont proligères ou dermoïdes et comme eux peuvent être uniloculaires ou multiloculaires. Ils sont surtout uniloculaires, mais parfois ils peuvent contenir plusieurs loges. De plus s'ils sont le plus souvent bénins, parfois aussi ils peuvent être le siège d'une prolifération active, d'une dégénérescence maligne.

Toutefois il est bon de ne pas confondre avec

eux les kystes de l'ovaire inclus dans le ligament large. Ceux-ci ne sont que des kystes ovariens ordinaires à localisation spéciale, les kystes parovariens eux sont aussi situés dans le ligament large mais ils laissent l'ovaire intact : ce sont des lésions de voisinage.

Comment ces différentes variétés de kystes se comportent-elles vis-à-vis du tissu ovarien ? Deux cas peuvent se présenter. Un seul ovaire ou les deux peuvent être atteints.

Dans le premier cas, l'ovaire peut être détruit en totalité ou ne l'être qu'en partie ; dans le deuxième cas, le tissu ovarien peut être en entier dégénéré ou ne l'être que partiellement.

Que faut-il en conclure ? 1° Qu'il y a des kystes bilatéraux qui peuvent entraîner la stérilité et l'aménorrhée, ce sont ceux qui s'accompagnent de la destruction totale du tissu ovarien. Mais peut-on savoir quand le tissu ovarien sera détruit ou non en totalité ? *A priori,* non ; et nous avons l'intention de dire que l'examen des règles peut, dans certains cas, nous le faire prévoir. 2° En deuxième lieu, qu'il en est d'autres, qui, comme les kystes unilatéraux, ne semblent pas devoir entraîner la même conséquence.

Seymour affirmait que lorsque les deux ovaires étaient malades, l'aménorrhée devenait fatale. Cette affirmation, vraie pour certains kystes bilatéraux, nous paraît à première vue un peu exagérée pour les autres kystes. C'est qu'en effet, lorsqu'il s'agit de ces derniers, il existe encore une certaine quantité de tissu vivace qui, au point de vue anatomique, semblerait capable d'assurer

la fonction ovarienne. Mais il existe aussi une lésion, et nous pouvons toujours nous demander si cette lésion ne pourrait pas empêcher la partie de tissu sain qui reste d'accomplir son rôle.

De plus, en admettant que les règles ne soient pas supprimées, est-ce à dire pour cela qu'elles resteront normales ? Nullement. Car, en admettant que la lésion kystique ne supprime pas l'hémorrhagie menstruelle, ne peut-on pas se demander encore si par le seul fait de sa présence, cette lésion ne peut pas modifier plus ou moins profondément ce phénomène ?

C'est ce qui nous reste à établir.

II. — Des rapports de l'ovaire atteint d'affection kystique et de l'ovulation

L'ovulation étant, avons-nous dit, la cause déterminante de l'hémorrhagie menstruelle, lorsqu'elle sera complètement supprimée, il y a bien des chances pour que les règles le soient aussi. Voyons donc tout d'abord comment se comporte l'affection kystique vis-à-vis de l'ovulation.

La présence d'un kyste de l'ovaire unilatéral ne semble pas la modifier d'une façon appréciable. Spencer Wells cite le cas d'une femme qui, bien qu'atteinte de kyste ovarien, devint enceinte cinq fois et eut cinq enfants sans aucun accident. Il opéra une autre femme au sixième mois de sa grossesse ; elle avait eu six enfants depuis le moment où la tumeur avait été reconnue. (*Sem. gyn.*, 1902, p. 18.)

De plus, de nombreux auteurs, Lawrence (in *British*

medical Journal, 7 sept. 1893 et *Ann. de gyn.*, nov. 1893), Condamin, Mangiagalli (in *Berlin, Klin. Wochr.*, 21 mai 1894), Terrillon, Pinard, Kohler (*in* Thèse de Cocar), Cauchois, cités par Hurel dans sa thèse, en publient des observations nombreuses.

Mais il s'agit là d'une affection unilatérale. Nous ne possédons pas d'observations dans lesquelles une grossesse se serait développée chez une femme atteinte de kystes bilatéraux de l'ovaire. Cependant le fait ne paraît pas impossible à condition toutefois que les deux ovaires ne fussent pas complètement détruits.

Dans le cas où la grossesse ne pourrait avoir lieu par le fait de la suppression de l'ovulation, il est clair que l'aménorrhée serait de règle. Mais, par contre, l'ovulation étant conservée, quand bien même elle ne serait pas modifiée, ce que l'on ne peut contrôler, la menstruation pourrait très bien avoir subi des troubles assez importants. Il n'y aurait à cela rien d'impossible puisque nous avons admis au début de ce travail que l'ovulation pouvait se produire sans menstruation.

Nous allons rechercher s'il en est ainsi.

III. — Des rapports de l'ovaire atteint d'affection kystique et de la menstruation

§ 1. — *Historique.*

Les anciens connaissaient l'existence des tumeurs abdominales liquides, mais ils ne les différenciaient pas les unes d'avec les autres. Pour eux, toutes ces tumeurs

constituaient ce qu'ils appelaient les « hydropisies de l'abdomen ».

Il nous faut arriver au XVIII[e] siècle pour voir étudier le kyste de l'ovaire en tant qu'affection spéciale. C'est en effet à Riedlin, Morgagni, de Haen que revient l'honneur d'avoir séparé le kyste de l'ovaire des « hydropisies abdominales ».

A partir de ce moment on a beaucoup étudié cette affection, mais particulièrement depuis que l'ovariotomie est devenue une opération moins rare, c'est-à-dire depuis 1844 et surtout depuis 1864.

Toutefois, il semble que trois questions aient surtout captivé l'intérêt des auteurs : l'étiologie, la pathogénie et le traitement des kystes de l'ovaire. Par contre, presque tous ceux qui ont écrit sur la symptomatologie de cette affection nous ont laissé leur opinion sur les troubles menstruels qu'elle pouvait présenter.

Nous ne les citerons point tous pour deux raisons : la première, c'est que la plupart se sont contentés de répéter ce qu'avaient dit leurs devanciers ; la seconde, c'est que, si, les noms présentent par eux-mêmes une certaine autorité, dans une semblable question, où, comme nous allons le voir dans un instant, les avis sont si divers, les faits, comme le dit M. Pinard (1), parlent bien davantage. Nous croyons donc beaucoup plus utile pour l'étude de cette question de retenir surtout ceux qui nous ont indiqué le nombre de cas sur lesquels ils avaient fait reposer leur opinion avec la pro-

1. Pinard. Thèse d'agrégation.

portion de troubles menstruels qu'ils avaient rencontrés.

Avant 1860, si l'on en croit Labalbarry (1), on s'est assez peu occupé des troubles menstruels. Cependant nous croyons devoir citer les noms de Bluff, Cazeaux, Lebèle, Ch. Bernard, Scanzoni qui nous ont paru exprimer des opinions acquises à la suite de constatations assez nombreuses.

Depuis 1860, le nombre de travaux touchant à cette question a été beaucoup plus considérable. C'est ainsi que nous citerons par ordre chronologique, les travaux de Labalbarry, Kœberlé, West, Negroni, Billot, Gallez, Boinet, Cousin, Gaillard Thomas, Péan, Courty, Castaneda y Triana, Sp. Wells, Gallard, Lawson Tait, Schrœder, Terrier, Pozzi, etc.

Quelques auteurs seulement nous ont laissé leurs statistiques. Malheureusement nous n'avons pu nous les procurer toutes. Nous n'avons pu retrouver que celles de West, de Negroni, de Gallard et de Terrier.

Nous avons aussi vainement cherché à nous procurer la statistique d'ovariotomie que John Clay publia à la suite de sa traduction de Kivisch. Cette statistique est, paraît-il, très détaillée, de sorte qu'il est possible que, comme l'on fait Scanzoni, West, Terrier, il nous ait laissé en même temps quelques mots sur les principaux symptômes qu'avait présentés chacune de ses malades. S'il en est ainsi, elle nous eût permis d'exprimer à la fin de ce travail, une opinion beaucoup plus générale que celle que nous formulerons.

1. Labalbarry. *Des kystes de l'ovaire.* Paris, 1862.

Quoi qu'il en soit,nous allons rechercher avec les documents que nous possédons comment il nous faut résoudre cette question.

Mais tout d'abord, comment les règles peuvent-elles être modifiées? Quels troubles peuvent-elles présenter.

§ 2. — *Troubles que peuvent d'une façon générale présenter les règles.*

Nous avons vu, au début de ce travail, comment d'une façon générale se produisaient les règles à l'état normal. Disons tout de suite que tous leurs caractères peuvent être modifiés.

En plus de cet état de fatigue ou d'excitation passagère qui se produit ordinairement, les règles peuvent s'accompagner de douleurs parfois tellement vives que la malade est obligée de garder au lit le repos le plus complet : c'est la *dysménorrhée.*

Mais, parfois, sans être accompagnées de douleurs plus vives, les règles peuvent se produire avec une certaine difficulté. L'écoulement qui se produisait normalement d'habitude apparaît un peu, puis s'arrête, apparaît de nouveau au bout d'un jour ou deux en quantité presque insignifiante, puis s'arrête de rechef pour réapparaître enfin comme à l'état normal.

Il y a bien là une modification qui, si elle ne se produisait qu'une fois, serait pour ainsi dire sans importance, mais qui, par sa répétition, constitue un trouble de la menstruation. Nous l'appellerons : *dysménorrhée par difficulté.*

Enfin, à la dysménorrhée par *douleur*, à la dysménorrhée par difficulté, nous devons ajouter une troisième variété que nous appellerons : *dysménorrhée par rétention*. On sait que le sang menstruel, avant d'être mélangé aux sécrétions vaginales, peut se coaguler tout comme le sang d'une plaie, et qu'à l'état normal il s'écoule avec limpidité. Si donc, l'écoulement présente des caillots, comme ce n'est pas dans le vagin qu'ils auraient pu se produire, c'est dans l'utérus. Leur présence indique donc bien que le sang excrété par la muqueuse a fait dans l'utérus un séjour anormalement prolongé. On pourrait en quelque sorte mesurer cette rétention par la quantité et le volume des caillots.

La quantité de sang répandu peut devenir beaucoup moins considérable ou au contraire augmenter dans de grandes proportions. Ces deux modifications ne portent point de noms spéciaux ; on dira simplement qu'il y a *diminution*, ou, au contraire, *augmentation* de l'écoulement menstruel, à moins que l'hémorrhagie utérine ne prenne des proportions exagérées. On dit alors qu'il y a *ménorrhagie*.

Au lieu de se reproduire tous les mois environ, mais d'une façon régulière, les périodes menstruelles peuvent se succéder à intervalles variables. Au lieu de voir venir ses règles tous les trente jours, par exemple, une femme peut les voir venir ou tous les quinze jours, ou toutes les cinq semaines, ou tantôt tous les quinze jours, tantôt toutes les trois semaines, tantôt toutes les cinq semaines. On dira dans ce cas-là que les règles sont *irrégulières*.

Lorsque ces intervalles sont à peu près égaux entre eux, tout en étant différents de l'intervalle intermenstruel habituel de cette femme, celle-ci verra plus ou moins souvent que de coutume. Les règles seront dites alors : *plus fréquentes* ou *moins fréquentes* qu'à l'état normal. Ajoutons que dans ce cas, il y a en même temps le plus souvent modification dans la quantité de l'écoulement sanguin. Si les règles sont plus fréquentes, l'hémorragie utérine sera moins abondante, si elles sont au contraire moins fréquentes, l'écoulement pourra être plus abondant.

Lorsque les intervalles intermenstruels sont inégaux entre eux, ils constituent l'*irrégularité proprement dite* des règles.

A côté de la dysménorrhée, de l'augmentation ou de la diminution de l'écoulement menstruel, de l'irrégularité, nous devons signaler d'autres modifications possibles des règles.

On donne le nom de *métrorrhagies* à des hémorrhagies utérines se produisant en dehors des périodes menstruelles.

On dira enfin qu'il y a *aménorrhée* quand une ou plusieurs périodes menstruelles auront été supprimées.

Mais la question devient ici un peu embarrassante. Deux cas peuvent en effet se présenter : une hémorragie se produit pendant une période intermenstruelle ; quand dira-t-on qu'il s'agit là d'une irrégularité, quand dira-t-on au contraire qu'il s'agit d'une métrorrhagie ?

En second lieu, voilà une femme qui n'a pas revu ses règles à la date où elle aurait dû les voir, dans

quel cas y aura-t-il irrégularité, dans quel cas y aura-t-il au contraire aménorrhée ?

Puisqu'on sait que l'abondance de l'écoulement est en quelque sorte en raison inverse de sa fréquence, on dira qu'il y a irrégularité, lorsque cet écoulement, par sa quantité, par sa qualité et par sa fréquence se rapprochera de l'écoulement menstruel normal ; il y aura au contraire métrorrhagie, lorsque cet écoulement par sa quantité, par sa qualité et par sa fréquence revêtira plutôt les allures d'une hémorrhagie.

Une femme perd habituellement tous les mois une quantité de sang donnée. Si au lieu de voir une fois par mois, il lui arrive de voir deux fois, la limite de l'irrégularité sera atteinte lorsque cet écoulement supplémentaire aura atteint une abondance égale à l'écoulement normal. Au delà de cette limite on dira qu'il y a métrorrhagie.

Dans le deuxième cas, quelle est la limite que le retard entre deux périodes ne doit pas dépasser sous peine de faire dire qu'il y a aménorrhée et non plus irrégularité simple? En admettant que l'intervalle habituel entre chaque période soit de trente jours, nous dirons que la limite de l'irrégularité sera de soixante jours.

Si, par exemple, les dernières règles sont apparues le 5 juin, on dira qu'il y a aménorrhée si elles ne reparaissent que le 5 août. Dans le cas où elles reparaîtraient avant cette date, il n'y aurait plus aménorrhée, mais simplement irrégularité. Ce serait un retard de huit ou quinze jours etc., suivant le cas.

Bref, nous dirons donc qu'il y a aménorrhée lors-

qu'un laps de temps égal à la durée habituelle de deux périodes menstruelles se sera écoulé depuis le début des dernières règles jusqu'à leur réapparition.

Il nous faut encore spécifier dans quel cas on devra dire ménorrhagie, dans quel cas métrorrhagie en parlant de l'hémorrhagie utérine.

Une métrorrhagie en effet peut se prolonger de façon à englober dans sa durée l'époque habituelle des règles ; une ménorrhagie, au lieu de se traduire par une augmentation de la quantité de sang répandu dans le même laps de temps, ou par une plus longue durée de la période menstruelle qui aurait débuté à l'époque normale, peut se manifester par une hémorrhagie qui, comprenant la durée de la période menstruelle habituelle, aurait débuté plusieurs jours auparavant.

Il s'agirait donc là d'une hémorrhagie intermenstruelle se rapprochant de la métrorrhagie. Comment différencie-ra-t-on les deux? Le véritable critérium est la ponte de l'ovule. Mais il nous est impossible de savoir s'il y a eu ou non ovulation quand se manifeste une hémorragie utérine. D'une façon schématique, nous dirons, dans un cas donné, qu'il y a ménorrhagie lorsque la durée de l'écoulement, se produisant au moment habituel des règles, ne dépasse pas le double de la durée habituelle de l'écoulement menstruel. Il y aura au contraire métrorrhagie quand l'hémorrhagie se produira avec abondance pendant la période intermenstruelle, et aussi, lorsque l'hémorrhagie ayant commencé pendant la période intermenstruelle et se prolongeant de façon à englober la période habituelle des règles, présentera une durée

supérieure au double de la durée habituelle des règles.

Notons enfin qu'il est des cas où il est impossible de préciser.

Telles sont les différentes modifications que peuvent d'une façon générale présenter les règles.

Il nous reste à examiner lesquelles de ces modifications peuvent se rencontrer au cours d'une affection kystique de l'ovaire.

§ 3. — *Troubles de la menstruation que l'on rencontre pendant l'évolution d'un kyste de l'ovaire.*

S'il faut en croire les auteurs, nombreux seraient les troubles que présenterait la menstruation chez les femmes atteintes de kystes de l'ovaire.

« Avant que la malade ait conscience de son état, nous dit Cazeaux, dans sa thèse d'agrégation (1844), bien avant surtout qu'on puisse constater l'existence d'un kyste ovarique ou d'une tumeur quelconque, il survient quelquefois des dérangements dans les fonctions de l'utérus. L'écoulement menstruel présente des irrégularités notables ; dans quelques cas cependant la menstruation est normale. Le plus souvent les règles s'arrêtent pour reparaître à des intervalles irréguliers, et fluent avec beaucoup moins ou beaucoup plus d'abondance qu'à l'ordinaire ; quelquefois même plusieurs fausses couches successives accompagnées ou suivies d'hémorragies assez abondantes ont semblé coïncider avec les débuts de l'hydropisie enkystée. »

Dans sa thèse, en 1852, Lebèle nous laisse l'opinion

suivante: « Dans beaucoup de cas, dit-il, on n'observe aucun trouble de la menstruation, les règles continuent de couler régulièrement et les femmes peuvent jouir, comme auparavant, du privilège de la fécondité. Cependant, il est assez ordinaire de voir quelque dérangement de ce côté, et en particulier la dysménorrhée ou même l'aménorrhée. »

Scanzoni nous dit que des tumeurs ovariques immenses et atteignant un poids de plusieur kilogrammes peuvent évoluer sans être accompagnées d'autres symptômes morbides que ceux dus « à la compression mécanique des organes voisins, la dilatation des parois abdominales et le poids énorme de l'abdomen ».

« L'état de la menstruation, nous dit-il, est très variable dans les premiers temps de la maladie; tandis que dans quelques cas l'on observe une aménorrhée complète, l'écoulement cataménial est d'autres fois plus fréquent et même plus abondant, et chez quelques malades enfin, l'affection de l'ovaire parvient à un haut degré sans que la menstruation en soit le moins du monde troublée.»

Labalbarry émet l'avis suivant : « A la première période de l'hydrovarie, il est commun de voir survenir de l'irrégularité dans les menstrues, un retard trop fréquent, une perte excessive ou une dysménorrhée, mais la suppression est rare. Néanmoins, l'on peut ne trouver aucun de ces dérangements cataméniaux et la menstruation peut conserver sa régularité à travers la maladie ou devenir telle après son établissement définitif. La suppression accompagne pareillement le développement des maladies cancéreuses, et elle est com-

mune lorsqu'un kyste se développe rapidement ou qu'il y a eu une abondante évacuation de la sérosité qu'il contenait. »

Kœberlé nous dit à son tour : « En général la menstruation persiste malgré l'existence du kyste, même lorsque les deux ovaires sont atteints. Il est en effet très rare que les deux ovaires soient dégénérés ou atrophiés. Lorsque l'ovulation cesse, ce qui arrive quelquefois, c'est presque toujours à la suite d'un état dyscrasique du sang ou par le fait d'affection aiguë intercurrente... » Mais la menstruation reparaît généralement dès que l'affection est guérie et que le malade a repris ses forces. « D'autres causes agissent aussi sur la menstruation, en altérant plus ou moins profondément la santé des malades. Ce sont les hémorrhagies intérieures et plus rarement les hémorrhagies extérieures du kyste, les ponctions répétées à intervalles rapprochés, par suite d'une reproduction très rapide du liquide, la résorption purulente progressive et la fièvre hectique qui en résulte, lorsqu'une ou plusieurs loges enflammées entrent en suppuration, etc. A ces causes d'aménorrhée, il convient d'ajouter la ménopause... »

« Les troubles menstruels, nous dit Gallez, n'ont pas grande valeur ; ils se montrent fréquemment en dehors de toute altération de l'ovaire, malgré que Neumann s'appuyât surtout sur les dérangements de la menstruation pour diagnostiquer l'invasion de la tumeur ovarique.

... Les menstrues se suppriment souvent, mais d'après Logger, cela n'arriverait que lorsque la maladie avait fait des progrès considérables.

... Pour certains auteurs, on observerait fréquemment au début une menstruation plus abondante, plus rapprochée, des métorrhagies abondantes, rebelles et souvent aussi plusieurs fausses couches.

Richter au contraire, dit-il, croyait que les règles, coulent peu et que le plus souvent elles se suppriment dès le début.

... On a vu la menstruation rester normale pendant toute la durée de la maladie.

En résumé, donc pendant la durée d'un kyste de l'ovaire la menstruation peut rester régulière, ou offrir des irrégularités: il peut y avoir aussi des métorrhagies, de la dysménorrhée ou de l'aménorrhée. »

Boinet prétend que « chez les vieilles femmes atteintes de cancer de l'ovaire, on a vu réapparaître les règles longtemps après qu'elles avaient cessé d'être réglées ».

Quant aux troubles menstruels que l'on rencontre pendant l'évolution d'un kyste de l'ovaire, il dit que « les phénomènes menstruels sont rarement troublés soit au début de la maladie, soit pendant son développement; la tendance générale de la maladie est d'entraver la fonction ovarique et d'amener souvent la stérilité.

Dans la majorité des cas la menstruation reste normale et régulière toute la durée de la maladie ».

Cousin qui a étudié spécialement les kystes dermoïdes nous dit que le début de ces kystes passe le plus souvent inaperçu. Néanmoins lorsque ces kystes ont une évolution rapide les premiers symptômes qui s'observent sont: la douleur et les troubles de la menstruation.

Dès que la tumeur a atteint un certain développe-

ment, on observe, dit-il, « des troubles de la menstruation qui cesse le plus ordinairement, affecte une marche irrégulière, ou bien encore reste normale, ainsi qu'il en a été rapporté des exemples. S'il s'agit d'une tumeur de l'ovaire, jamais il ne surviendra d'hémorrhagies, ainsi que cela a lieu dans les tumeurs qui ont leur siège dans l'utérus. »

Gaillard Thomas nous dit qu'on peut ainsi résumer « les symptômes des kystes ovariens depuis leur début jusqu'à leur entier développement : irritabilité de la vessie, dysménorrhée, constipation, hémorroïdes, douleurs pelviennes d'un caractère névralgique, symptômes de grossesse, diminution de la sécrétion urinaire, troubles digestifs et intestinaux, troubles de la fonction respiratoire, facies spécial, émaciation, œdème des membres inférieurs, distension des veines, ascite, vomissements, diarrhée, irrégularité cardiaque, stomatite aphteuse, hecticisme. »

Péan prétend que quelquefois le kyste est difficile à diagnostiquer d'une grossesse. « Les troubles menstruels eux-mêmes, dit-il, peuvent en imposer car bien qu'ils soient plus rares que dans les tumeurs utérines, ils s'observent également dans les kystes de l'ovaire. » Pour lui les plus fréquents seraient les métrorrhagies, l'aménorrhée serait moins commune. Parfois aussi, les règles seraient irrégulières.

L'état de la menstruation est variable selon Courty. Chez quelques malades, l'apparition de la tumeur est précédée de troubles menstruels. Avec Scanzoni il admet qu'une fois le kyste développé, il peut paraître n'exer-

cer aucune influence sur la régularité des époques surtout si un ovaire reste sain ; « il coïncide quelquefois avec des métrorrhagies, plus souvent avec de la dysménorrhée, des irrégularités menstruelles ou de l'aménorrhée ; la persistance de la tumeur cystique n'empêche pas la ménopause de s'établir normalement et d'une manière durable ».

Castaneda y Triana qui s'est intéressé surtout aux kystes des ligaments larges nous dit que les troubles de la menstruation n'ont pas une grande valeur. « Winckel, dit-il, a cru pouvoir établir la règle que dans les kystes du ligament large ne possédant pas le volume d'une tête d'adulte la menstruation est normale ; mais quand on a lu les observations des autres auteurs on n'y souscrit pas. »

Lawson Tait nous dit que les renseignements sur les règles fournis par les malades atteintes de tumeurs ovariennes, sont si variés à sa connaissance que cela l'a conduit à les laisser de côté dans le diagnostic. « Dubois, dit-il, affirmait n'avoir jamais vu une tumeur kystique de l'ovaire accompagnée d'hémorrhagie ; je l'ai cependant noté à plusieurs reprises dans ma pratique.

«... J'ai, dit-il, fréquemment vu l'arrêt complet de la menstruation associé aux tumeurs à marche rapide de l'ovaire et du parovarium...

..... On rencontre un grand nombre de cas de tumeurs de l'ovaire vers la ménopause et il est assez fréquent qu'elles soient annoncées par un arrêt de la menstruation, en sorte que pendant les premiers mois du déve

loppement de la tumeur, la malade croit qu'elle est enceinte. »

L'arrêt de la menstruation peut aussi selon lui se produire avant que la tumeur soit constatée.

Schrœder admet que dès avant le début de la dégénérescence kystique, on trouve parfois des troubles de la menstruation, mais que ce n'est pas la règle. « Plus souvent la menstruation commence à s'altérer lorsque la maladie est bien déclarée. Il y a aménorrhée si les deux ovaires sont attaqués ; en général cependant les règles persistent même dans ce cas, pendant assez longtemps,attendu qu'il existe encore toujours un peu de tissu ovarique normal. Lorsqu'un seul ovaire est atteint, on observe des altérations en qualité et en quantité, voire même la suppression des règles, mais dans beaucoup de cas, la menstruation n'est pas troublée ».

« Contrairement à ce que les fonctions normales de l'organe malade pourraient faire supposer, dit Segond, les troubles de la menstruation et de la fécondation sont loin d'être fréquents. »

Le Dentu et Bonnet prétendent au contraire que « la menstruation est plus ou moins modifiée », et comme Segond ils admettent avec Terrier que les kystes produisent parfois après la ménopause « un retour irrégulier de l'écoulement sanguin ».

Pozzi enfin est d'avis que « les troubles de la menstruation sont beaucoup plus rares qu'on ne saurait le supposer *a priori*, dit-il : « il ne faut pas oublier que l'affection étant le plus souvent unilatérale, dans les

grands kystes, l'ovaire sain suffit à assurer la régularité des règles.

Si les deux ovaires sont transformés en kystes, on peut observer l'aménorrhée qui a plusieurs fois donné lieu à des erreurs de diagnostic en faisant croire à une grossesse utérine ou ectopique. »

Certains auteurs ne se sont pas contenté d'exprimer ainsi d'une façon concise les troubles menstruels que pouvaient à leur avis déterminer les kystes de l'ovaire, ils nous ont laissé en outre les chiffres qui avaient servi de base à leur opinion. Nous avons pu nous procurer les statistiques de West, Negroni, Gallard et Terrier, nous les retrouverons tout à l'heure quand nous établirons la proportion dans laquelle on rencontre les troubles menstruels. Pour le moment, contentons-nous de remarquer que ces auteurs croient à l'existence de la plupart des troubles signalés plus haut.

Nous avons pu constater en parcourant ces quelques citations que si les modifications menstruelles étaient variées, bien diverses aussi étaient les opinions des auteurs.

Pour prendre parti à notre tour dans la discussion, nous allons d'abord exposer les observations que nous avons pu réunir; puis nous verrons en étudiant chacune d'elles quelles modifications les différentes variétés de kystes ont pu y déterminer.

Nous les répartirons en plusieurs groupes, afin d'en rendre la compréhension plus facile :

1° Kystes uniloculaires ou pauciloculaires

2° Kystes multiloculaires
3° — végétants ;
4° — dermoïdes ;
5° — parovariens ;
6° — dont la variété n'a pas été indiquée ;
7° — tumeurs kystiques ;
8° — bilatéraux ;

Dans chacun de ces groupes, nous placerons d'abord nos observations personnelles, puis celles que nous ont procurées nos maîtres, mais que nous n'avons pu compléter et enfin celles que nous avons empruntées à différents auteurs.

1° KYSTES UNILATÉRAUX

A). — Uniloculaires.

Observation 1 (*personnelle*).

Recueillie grâce à la bienveillance de M. Pozzi.

Mme B .., 56 ans, couturière depuis l'âge de 16 ans, est entrée à l'hôpital Broca, dans le service de M. le professeur Pozzi, pour être opérée d'une tumeur abdominale.

C'est vers l'âge de 41 ans qu'elle s'est aperçue que son ventre augmentait de volume particulièrement du côté droit.

Antécédents héréditaires. — Mère morte à 72 ans, d'une fluxion de poitrine; père mort à 59 ans, d'une hernie étranglée. Ni frère, ni sœur.

Antécédents personnels. — Elle a eu la rougeole en bas âge. Constipation opiniâtre qui, à l'âge de 16 ans, lui causa des ennuis. Rien par ailleurs.

Réglée à 11 ans, ses règles duraient sept à huit jours : écoulement normal, sans douleurs ni caillots, mais toujours suivi, d'une période de pertes blanches qui durait deux jours. Les règles sont toujours revenues d'une façon régulière tous les vingt-huit jours, à date fixe.

A 16 ans (en novembre 1866), elle vint faire un séjour de huit jours à Paris. C'est à cette époque qu'elle éprouva pendant dix ou douze jours une constipation très rebelle.

A partir de ce moment, elle fut huit mois sans revoir ses règles (jusqu'en juillet 1867). Pendant cette période, tous les vingt-huit jours régulièrement et pendant deux jours chaque fois, elle avait des vomissements de sang, le matin. Au début, les vomissements étaient assez abondants ; vers la fin, ils diminuèrent graduellement d'intensité, mais conservèrent toujours la même durée (deux jours). Pendant les derniers mois, la quantité de sang répandue était très faible. Pendant ce temps, pas de pertes blanches.

Au mois de juillet 1867, pas de vomissements ; mais elle vit ses règles revenir d'une façon normale, seulement pendant deux ou trois jours ; elles étaient moins abondantes, sans douleurs et se reproduisirent régulièrement à vingt-huit jours d'intervalle. Les pertes blanches réapparurent comme auparavant, pendant deux jours, après chaque période menstruelle.

Mariée à 18 ans 1/2, ses règles ne furent en rien modifiées. Il en fut ainsi jusqu'à l'âge de 41 ans.

Elle n'a eu ni enfants, ni fausses couches.

Histoire de la maladie. — C'est vers 41 ans qu'elle s'était aperçue de quelque chose d'anormal du côté de son ventre : il augmentait de volume, surtout à droite.

A 50 ans, apparurent des douleurs, spécialement à droite,

irradiées aux reins et à la cuisse, et qui survenaient par crises durant plusieurs heures (2 h. à 10 h. du soir).

Huit ou dix mois après, nouvelle crise. Coliques hépatiques.

Huit ou dix mois après, nouvelle crise encore qui dura également plusieurs heures.

Dans sa cinquante-deuxième année, la malade avait ainsi des crises tous les trois mois d'abord, puis tous les mois, puis tous les huit jours, puis tous les quatre ou cinq jours. Ces crises duraient en moyenne huit heures; et pendant leur durée, la malade avait des vomissements jaunâtres ou verdâtres. Ce sont ces crises qui l'ont décidée à entrer à l'hôpital.

A son entrée, l'examen révèle une femme de taille moyenne, obèse, pesant 180 kilogrammes; elle a un ventre énorme avec des vergetures et une circulation veineuse exagérée.

A la palpation, on trouve une masse qui remonte à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic et qui est rénitente et fluctuante par place : matité dans la région médiane ; submatité et sonorité dans les côtés.

Au toucher, le col est dur, petit, très remonté et incliné de haut en bas et de droite à gauche ; le cul-de-sac droit est effacé; le gauche l'est un peu, mais moins.

Malgré cela, les règles étaient toujours régulières et normales. Elles ne subirent aucune modification jusqu'à 49 ans. A cet âge, elles ont cessé brusquement : la malade était allée, à cette date, assister à une noce à la campagne et s'était fatiguée.

Deux ans et demi après (à 51 ans), ménopause ; perte de sang avec caillots s'étant produite en dehors des crises et ayant duré trois à quatre jours (jour et nuit).

On observe, en outre, de la gêne de la défécation, de la fréquence de la miction, de l'essoufflement, de la gêne dans les

mouvements, des douleurs ainsi que de l'œdème des membres inférieurs.

Par ailleurs, l'état général ne présente rien de particulier.

L'examen sous le chloroforme fait penser à un kyste de l'ovaire, multiloculaire, à contenu gélatineux.

Opération, faite le 10 novembre 1903 par M. le professeur Pozzi. Longue incision de 15 centimètres ; on tombe sur un kyste ordinaire. Ponction qui permet d'extraire 5 l. 500 de liquide. Traction hors du ventre dès qu'il est possible. On arrive sur le pédicule qui est tordu et qui présente deux tours et demi de spire. Au point de torsion, il existe une plaque de sphacèle de peu d'étendue. On place un clamp au-dessous ; ablation ; igature en chaîne ; quatre fils. L'ovaire gauche, ratatiné et scléreux, est laissé en place. Suture abdominale en trois plans.

Il s'agit d'un kyste de l'ovaire droit, tordu, sans sphacèle ni hémorrhagie.

Examen des pièces. — Macroscopiquement, le kyste est uniloculaire ; le liquide est ambré et il n'y a aucun point de sphacèle sur la poche, ni hémorrhagie intra-kystique.

Observation 2

Mouchotte (*Bull. Soc. anat. de Paris*, octobre 1902).
Kyste de l'ovaire gauche à pédicule tordu.

R. E..., 29 ans, couturière. Réglée à 13 ans, les règles furent oujours régulières, très abondantes, de longue durée (8 jours) et accompagnées de douleurs rénales. Dans l'intervalle des règles, R. E... éprouvait de temps en temps de légères douleurs abdominales. Pas de leucorrhée.

Une seule grossesse. Accouchement spontané, à terme, en juillet 1899. Présentation du sommet. Enfant vivant. Pas d'al

laitement. Suites de couches normales. Retour de couches la sixième semaine.

Alors les règles reparaissent régulièrement ; elles ne durent plus que six jours au lieu de huit et cependant leur abondance s'est accrue.

En avril 1900, *quelques jours avant les règles*, au cours de son travail, R. E... éprouve subitement une vive douleur dans le côté gauche du ventre, avec irradiations rénales intenses. Elle vomit, puis une heure après, sous l'influence de la souffrance persistante, elle perd connaissance.

Repos au lit. Cataplasmes sur le ventre. Le lendemain R. E... se trouve tout à fait bien et reprend son travail.

Les règles, depuis cet accident, ne sont pas modifiées dans leur intensité ni dans leur régularité ; mais chaque fois, elles s'accompagnent de « vives douleurs dans le fondement » et une fois sur deux elles sont précédées, pendant quatre à cinq jours de coliques abdominales sourdes.

En avril 1901, un an, date pour date, après la première crise, s'en reproduit une seconde. Celle-ci fut annoncée six jours avant les règles par des souffrances abdominales plus intenses que d'habitude. Puis, trois jours avant les règles, se manifeste subitement une vive douleur dans le côté gauche du ventre accompagnée comme la première fois d'irradiations rénales. Des vomissements verts survinrent. Repos au lit. Avec l'écoulement menstruel la douleur cesse; quinze jours après, la femme retourne à son travail.

Après cette deuxième crise les règles conservent les mêmes caractères ; mais les irradiations rénales et rectales concomitantes sont plus pénibles.

Le 24 août 1902, troisième crise. Cette dernière est moins

forte que les précédentes. Elle ne s'accompagne pas de vomissements. Elle survient huit jours avant les règles. Celles-ci, pour la première fois, sont moins abondantes qu'antérieurement.

C'est un peu après cette crise que R. E... entre à l'hôpital Saint-Antoine, salle Cruveilhier, dans le service du Dr Monod remplacé par M. Arrou.

Examen. — Au toucher on sent au-dessus de la symphyse pubienne et à gauche, une tumeur arrondie, lisse, molle, élastique, fluctuante, mobile, refoulant l'utérus à droite et en arrière. On pose le diagnostic de tumeur kystique de l'ovaire. L'histoire clinique de la malade fait penser à une torsion.

Opération. — Laparotomie le 16 septembre. Sitôt le péritoine incisé on se trouve sur un kyste de l'ovaire, dépourvu de toute adhérence. La paroi est pour ainsi dire transparente. La femme est mise en position déclive. Le kyste alors bascule et tombe avec la masse intestinale sur le diaphragme. Il est rattaché au côté gauche de l'utérus par un très long pédicule qui est tordu d'un tour, de gauche à droite, c'est-à-dire de dehors en dedans. La trompe participe à la torsion; elle est congestionnée. Section du pédicule entre deux clamps, Ligature. Fermeture de la paroi en trois plans. Pansement aseptique.

Suites opératoires simples. Le 5 octobre la femme quitte le service complètement guérie.

Il s'agissait d'un kyste uniloculaire, du volume d'une tête de fœtus à terme, de forme ovalaire, régulière et à pédicule très long.

B). — Multiloculaires.

Observation 3 (*Personnelle*).

Recueillie grâce à la bienveillance de M. Terrier.

Mme Ch..., âgée de 60 ans, ménagère, est entrée le 14 octobre 1905 à la Pitié, dans le service de M. le professeur Terrier pour

se faire opérer d'une tumeur abdominale qu'elle a depuis trente-deux ans et la fait beaucoup souffrir.

Depuis l'âge de 25 ans (1871) elle éprouve tous les ans et plusieurs fois chaque année des crises de coliques hépatiques.

Par ailleurs, état général bon.

Comme antécédents héréditaires, père mort à 49 ans, de fièvre typhoïde. Mère morte à 66 ans d'une maladie de foie. Elle a perdu une sœur qui est morte d'une tumeur abdominale. Les autres frères et sœurs sont vivants et bien portants.

Réglée à 13 ans (1860) ses règles duraient six jours, étaient abondantes. Pas de caillots, pas de douleurs, pas de pertes blanches.

Elle resta à cette époque six mois sans revoir ses règles.

A partir du mois suivant, les règles vinrent régulièrement semblables à elles-mêmes, tous les vingt-cinq ou vingt-six jours, jusqu'à 49 ans. A cet âge (mars 1895), ménopause brusque. Le mois précédent elle avait vu comme d'habitude.

Mariée à 19 ans (1865), elle a eu six enfants.

Le premier en 1866. Grossesse normale. Délivrance normale, Reprise des habitudes un mois après. Elle allaita pendant neuf mois. Trois mois après son accouchement, au cours de l'allaitement, elle a vu ses règles une fois, comme auparavant, mais avec des douleurs. Pendant le reste de l'allaitement elle n'a rien revu. Cinq semaines après avoir cessé d'allaiter, les règles revinrent sans douleur et semblables à ce qu'elles avaient été auparavant. Elles se reproduisirent tous les vingt-six jours jusqu'à la grossesse suivante.

Elle eut le deuxième en 1872, le troisième en 1874, le quatrième en 1875, le cinquième en 1879, le sixième à 39 ans en 1884.

Toutes ces grossesses furent normales. Tous les accouchements normaux à terme. Pour un seul, le troisième, on eut besoin de recourir au forceps. Enfants vivants. Elle allaita tous ses enfants. Pendant ses divers allaitements, elle n'avait poin revu de règles.

Elle avait repris ses habitudes deux jours après son second accouchement, mais trois semaines environ après cet accouchement elle avait éprouvé des coliques qui avaient duré trois ou quatre jours. Pour tous les autres, elle n'avait repris ses habitudes qu'au moins un mois après.

Au cours de sa troisième grossesse, elle avait commencé à éprouver des douleurs abdominales.

A la fin de la quatrième, les douleurs abdominales qu'elle avait éprouvée pendant la grossesse précédente, étaient devenues plus vives.

Enfin la dernière avait été un peu plus pénible que les autres car elle était très fatiguée.

Pendant toutes ses grossesses, elle avait eu des vomissements à jeun le matin qui la fatiguaient beaucoup.

C'est au cours de sa troisième grossesse, en particulier vers la fin, que la malade éprouva dans le côté gauche du ventre des douleurs qu'elle n'avait point encore ressenties.

Depuis, ces douleurs ont persisté. Elles devenaient plus vives après la fatigue, un effort, au début des règles, (lorsque le sang avait coulé, elle éprouvait au contraire un peu de soulagement), à la fin des grossesses.

A la suite de son troisième accouchement, son ventre était resté plus gros que d'habitude, particulièrement à gauche. Mais c'est surtout depuis 1902 (trois ans avant son entrée à l'hôpital) qu'il avait beaucoup grossi.

Il y a une quinzaine d'années, elle s'était aperçue de la présence d'une tumeur au niveau de la fosse iliaque droite, grosse comme le poing, très légèrement douloureuse. Elle ne s'en était pas inquiétée, car cette tumeur n'avait déterminé aucun désordre ni au point de vue général, ni du côté des règles qui n'ont jamais été troublées.

A son entrée à l'hôpital, Mme Ch... qui est une femme robuste est relativement bien portante. Elle n'a ni anorexie, ni amaigrissement.

Son ventre est volumineux, saillant en avant. Quelques vergetures. Ombilic aplati. Un peu de circulation collatérale.

La malade étant couchée sur le dos, on ne constate pas d'aplatissement sur les flancs. Elle n'a pas le « ventre de batracien ».

Le ventre est dur, élastique à gauche, tandis qu'il est résistant à droite.

A gauche on sent également de petites bosselures grosses comme un œuf ou une mandarine. A ce niveau la palpation est un peu douloureuse.

La percussion nous révèle une zône de matité dont la limite supérieure est une ligne courbe à convexité supérieure, passant à 0 m. 14 de l'appendice xyphoïde.

Au toucher, on trouve un col très dur, peu mobile. On ne peut pas imprimer de mouvements à la tumeur.

Pas de troubles urinaires. Pas de troubles de la défécation.

Quelques vomissements. Pas de dyspnée, ni de palpitations.

Elle fut opérée le 23 octobre 1907 par M. Terrier qui pratiqua une hystérectomie sus-vaginale.

Il s'agissait d'un kyste multiloculaire non adhérent, très volumineux. Liquide gélatineux dans les grandes poches et

hémorrhagique dans d'autres. Pédicule tordu. Ovaire gauche sain.

Nous avons revu Mme Ch... au mois de décembre 1906; elle était en parfaite santé.

Observation 4 (*Personnelle*).

Recueillie grâce à la bienveillance de M. Terrier.

Mme T. ., âgée de 37 ans, est entrée, au mois de mars 1906, dans le service de M. le professeur Terrier, à la Pitié, pour se faire opérer d'une tumeur abdominale qui s'était développée depuis deux ans.

Pas d'antécédents héréditaires.

Pas d'antécédents personnels, peut-être un peu d'anémie dans l'enfance. Eruption de furoncles en 1905.

En 1891, grossesse normale. En juin, accouchement normal à terme, sans forceps, d'un enfant vivant qu'elle n'allaita pas. Reprise des habitudes en septembre et retour des règles six semaines après l'accouchement. Pas de fausse couche.

Réglée sans douleurs à 13 ans, pendant quatre ou cinq jours, les règles n'ont jamais été très abondantes : le sang coulait franchement pendant deux ou trois jours, puis l'écoulement allait en diminuant. Elle voyait tous les vingt-huit jours.

A 16 ans, elle entra en apprentissage chez une couturière, à la campagne. Jusque-là, elle avait vécu au grand air. Obligée de veiller, elle devint anémique et eut alors une suppression de règles, pendant trois ou quatre mois. Elle était tellement fatiguée qu'elle dut interrompre son apprentissage pour retourner

au grand air. Par l'effet de cette cure, les règles revinrent et furent régulières et semblables à elles-mêmes.

Mariée en 1890, ses règles revinrent toujours régulières et semblables, sauf pendant la grossesse, jusqu'en 1904, date à laquelle elle commença à éprouver une douleur sourde dans le côté gauche de l'abdomen et où son ventre se mit à grossir. La douleur devenait plus vive au moment des règles, en même temps que son ventre augmentait un peu de volume. Toutefois, ce ne fut qu'à partir de septembre 1905, qu'il prit des proportions considérables, au point que la malade, pour se coucher sur le côté droit, était, suivant son expression, « obligée de porter son ventre à droite ».

Malgré cela, les règles étaient toujours normales et régulières ; les dernières eurent lieu le 25 mars à date régulière et furent de même durée, de même abondance et non accompagnées de douleur.

A son entrée à l'hôpital, la malade qui est de taille moyenne, de constitution forte, présente une augmentation considérable de volume du ventre qui pointe en avant, laissant les flancs libres.

Au palper, on sent une tumeur arrondie, globuleuse, un peu déjetée à gauche, tendue, assez régulière et non douloureuse. La sensation de flot est légèrement perçue. Matité à concavité thoracique, remontant à cinq travers de doigt au-dessus de l'ombilic, non modifiée par les changements de position de la malade.

Au toucher, col un peu élevé regardant en avant, un peu déjeté à droite.

Consistance normale, il est plutôt un peu mou et légèrement entr'ouvert. On ne sent pas le fond de l'utérus en avant, mais

les mouvements imprimés à la tumeur se transmettent au col. On ne sent rien dans les culs-de-sac.

Les règles n'ont jamais été modifiées, jamais de caillots ni pertes blanches. La malade se plaint d'éprouver, depuis longtemps, une douleur sourde, une sensation de pesanteur dans le bassin. A l'heure actuelle, tout mouvement est devenu impossible, du fait du volume de la tumeur.

Les mictions sont devenues très fréquentes au point que la malade est obligée de se lever deux ou trois fois la nuit. Il n'y a pas, malgré cela, émission abondante d'urine. Les urines sont claires, leur émission n'est pas douloureuse ; l'analyse révèle seulement quelques traces d'albumine.

La malade qui a toujours été constipée, semble l'être davantage depuis quelque temps.

Essoufflement.

Par ailleurs, rien d'anormal ; pas d'amaigrissement, conservation de l'appétit.

L'opération fut faite, le 28 mars 1906, par M. Terrier qui pratiqua l'ablation de la tumeur avec appendicectomie sans drainage. On ponctionne un volumineux kyste antérieur dont on extrait 8 litres de liquide jaunâtre puis on dégage, sans les ponctionner, deux autres kystes, l'un supérieur, l'autre inférieur et enclavés dans le Douglas.

Ligature du pédicule qui est situé à gauche, trois ligatures à la soie forte après avoir détordu le pédicule.

Ablation de l'appendice.

La malade est sortie complètement guérie le 17 avril. Nous avons pu la revoir au mois de novembre 1906 et constater sa parfaite guérison.

Observation 5 (*Personnelle*).

Recueillie grâce à la bienveillance de M. Gosset.

Mme B..., âgée de 35 ans, employée de commerce, est entrée le 20 avril 1906, à la Pitié, pour se faire opérer d'une tumeur abdominale. Elle s'était aperçue depuis trois ans que son ventre augmentait de volume.

Pas d'antécédents héréditaires. Comme antécédents personnels, elle eut la variole en bas âge, la fièvre typhoïde à 18 ans, et une bronchite il y trois ans. Jusqu'à ce jour, l'état général avait toujours été bon.

Réglée à 13 ans, ses règles duraient quatre jours. Normalement abondantes (sang clair sans caillots) elles s'accompagnaient d'un peu de douleur le premier jour seulement et revenaient régulièrement tous les mois. La malade n'a jamais eu de pertes blanches. Il en fut ainsi jusqu'au mois de janvier 1906.

Elle eut un enfant, il y a sept ans ; la grossesse fut très normale et se termina par un accouchement normal à terme. Pas d'hémorrhagies. Suites de couches normales. Reprise du travail, un mois après. Les règles revinrent un mois après et furent exactement semblables à ce qu'elles étaient auparavant.

Il y a trois ans, elle s'aperçut que son ventre grossissait; mais comme elle avait eu une bronchite avec début de bacillose, elle mettait cet embonpoint sur le compte de la suralimentation et de l'hygiène à laquelle on l'avait soumise.

Il y a environ un an, elle commença à ressentir des douleurs, particulièrement à gauche. Il s'agissait là, paraît-il, d'une crise de péritonite. Elle fut examinée par un médecin qui soupçonna une affection kystique de l'ovaire.

Le 26 mars 1906, elle eut, au début des règles, une crise de péritonite qui se répéta trois fois dans le mois.

Depuis le mois de janvier 1906, les règles qui, jusque-là, avaient été très normales et duraient quatre jours, étaient précédées d'une période d'indécision qui durait trois jours et pendant laquelle, la malade perdait en rose ; après quoi, les règles s'établissaient franchement et duraient quatre jours.

La malade, qui est entrée à l'hôpital, le 20 avril 1906, à la suite de douleurs, présente un ventre globuleux, considérablement augmenté de volume. Pas de circulation veineuse collatérale. On trouve une tumeur tendue, presque rénitente, avec une courbe de matité à convexité supérieure passant au-dessus de l'ombilic. Sensation de flot.

Au toucher, le col est gros, un peu élevé, entr'ouvert et légèrement incliné de droite à gauche. Le cul-de-sac droit est un peu effacé. Douleurs spontanées peu intenses ; douleur sourde, du côté gauche. Pas d'œdème des jambes.

L'état général est satisfaisant. Depuis sa bronchite, la malade était un peu souffrante ; mais l'évolution du kyste n'avait pas aggravé cet état.

Examen des urines, le 22 avril : quantité : 1.800 grammes ; urée : 19,50 par litre. Traces d'albumine.

Opération, faite le 25 avril 1906, par M. Gosset. On se trouvait en présence d'un kyste multiloculaire droit, sans adhérences, avec pédicule intact ; il contenait 5 litres d'un liquide filant, fortement teinté. Ovaire gauche intact.

Appendicectomie.

Au moment de l'opération, la malade avait ses règles. Après l'opération, elles ont continué sans avoir été en rien modifiées.

La malade fut revue le 7 août 1906. Depuis l'opération, ses

règles sont revenues un mois après. La période d'indécision qu avait été signalée à partir du mois de janvier n'existait plus. Les règles duraient franchement quatre jours et n'étaient plus accompagnées de pertes blanches. Depuis, elles sont toujours venues régulièrement.

Actuellement, la malade va aussi bien que possible.

Observation 6 (*Personnelle*).

Recueillie grâce à la bienveillance de M. Brézard, interne des hôpitaux.

Mme N..., 45 ans, domestique en ville, est entrée à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Marthe, dans le service de M. le Dr Guinard.

Rien comme antécédents pathologiques personnels ou héréditaires.

Réglée à 15 ans, les règles duraient cinq jours, elles étaient en quantité normale, sans caillots ni pertes blanches et non accompagnées de douleur. Il en fut ainsi jusqu'à 41 ans.

Mariée à 20 ans, elle a eu dix enfants ; le premier à 21 ans ; le deuxième et le troisième à vingt-trois mois d'intervalle chacun, puis les autres à dix-huit mois d'intervalle. Elle avait 39 ans quand elle eut le dernier. Jamais de fausses couches. Ses grossesses furent normales et se terminèrent par des accouchements normaux à terme ; les suites de couches étaient normales. Pas de pertes de sang pendant tout le temps qu'elle était enceinte. Dans l'intervalle de chaque grossesse, les règles, qui revenaient régulièrement six semaines environ après chaque accouchement, se reproduisaient régulièrement.

C'est dix huit mois environ après la naissance de son dernier enfant que, brusquement, ses règles se troublèrent. Elle vit

deux ou trois fois par mois, malgré cela, il y avait toujours écoulement à date régulière. Les règles, devenues douloureuses, ne duraient plus, ainsi que les pertes, que deux ou trois jours et elles étaient moins colorées.

Cela dura deux ans. En même temps, son ventre avait beaucoup grossi. Elle éprouvait également une douleur dans le côté gauche du ventre, dans la région de la fosse iliaque, douleur qui était augmentée par la fatigue et devenait plus vive au moment des règles.

Son appétit était devenu capricieux et le sommeil difficile ; elle ne pouvait dormir, à la fin, qu'en se couchant du côté gauche, c'est-à-dire du côté de la tumeur qu'elle soulevait avec la main et ramenait quelque peu sur la ligne médiane.

Elle fut opérée par M. Guinard à Saint-Louis, le 13 mars 1905, d'un kyste multiloculaire, et elle resta deux mois à l'hôpital.

Deux mois aussi après cette opération, les règles revinrent comme auparavant. Depuis, elles apparaissent régulièrement. La malade a vu, pour la dernière fois, le 25 mai, et espère voir ce mois-ci. Jamais de pertes blanches.

Depuis cinq mois, la malade qui, à la suite de sa première opération, avait fait un séjour à la campagne et était redevenue forte et vigoureuse, s'était aperçue que son ventre grossissait à nouveau, particulièrement à droite, que son appétit recommençait à disparaître et que son sommeil redevenait plus pénible. Cette fois, c'est couchée sur le côté droit qu'elle pouvait goûter le plus de repos.

A son entrée à l'hôpital, son ventre, très volumineux, était développé surtout à droite.

A la palpation on remarquait une tumeur occupant la fosse iliaque, le flanc et l'hypocondre droits, on distinguait également

la présence de gâteaux irréguliers. Sonorité au milieu du ventre ; matité dans le flanc.

La fatigue et l'apparition des règles déterminaient des douleurs qui semblaient plus aiguës sur la ligne transversale passant à un travers de main au-dessus de l'ombilic.

Diagnostic : kyste multiloculaire de l'ovaire.

Opération le 12 juin par M. Guinard. On trouve un kyste multiloculaire absolument semblable au kyste ovarique qu'on lui avait enlevé le 13 mars 1905 et qui siège dans le mésocôlon transverse. On enlève ce kyste en le disséquant avec des ciseaux, des adhérences intestinales et en liant en chaîne l'épiploon. On fait, en deux points, une suture séro-séreuse.

Observation 7 (*Personnelle*).

Recueillie grâce à la bienveillance de M. Terrier.

Mme G..., âgée de 36 ans, manœuvre dans une usine, est entrée à la Pitié, dans le service de M. le professeur Terrier, le 3 octobre 1905, parce qu'elle souffrait du ventre et qu'elle perdait continuellement.

Antécédents héréditaires. — Père âgé de 67 ans; mère âgée de 70 ans ; tous deux sont encore vivants et bien portants. La malade est la seconde de onze enfants dont dix sont encore vivants ; l'autre est mort d'une convulsion à 4 mois.

Antécédents personnels. — Rien à signaler. Mariée à 20 ans, elle a eu, à 31 ans, un enfant qui est mort à 5 semaines, de convulsions.

Réglée à 13 ans, ses règles sont abondantes, sans douleurs et durent cinq jours : sang clair sans pertes blanches. Depuis

cette époque, elle voit régulièrement tous les vingt-cinq jours.

A 16 ans, règles semblables ; mais qui étaient progressivement arrivées à durer huit jours.

A 18 ans, elle fut deux mois sans rien voir (septembre et octobre), pendant lesquels elle ne ressentit aucun des symptômes habituels. Elle dit ne s'être pas exposée à être enceinte. (Elle se mettait souvent les pieds à l'eau.)

Le mois suivant, en novembre, les règles réapparurent pendant huit jours, mais cette fois, avec douleur. Depuis, elle voyait toutes les trois semaines (au lieu de tous le vingt-cinq jours), pendant huit et parfois quinze jours, sans pertes blanches mais avec des caillots. Il en fut ainsi jusqu'à sa grossesse.

Elle eut un enfant, à 31 ans, à la suite d'un accouchement normal à terme. Les suites furent normales ; elle n'allaita pas et reprit ses habitudes neuf jours après. Les règles revinrent au bout de cinq semaines. A ce moment, elle eut une forte émotion causée par la mort de son enfant.

Depuis, elle revit toutes les trois semaines pendant huit jours, abondamment et avec caillots, mais sans douleurs. Il en fut ainsi pendant quatre ans.

Histoire de la malade. — C'est deux mois environ après son accouchement qu'elle sentit pour la première fois, une espèce de boule qui roulait dans le côté gauche de l'abdomen. De plus, elle éprouva des douleurs parfois très vives à gauche, exaspérées par les règles et les changements brusques de position, diminuées par la pression profonde ; les douleurs s'irradiaient dans la cuisse gauche et les reins. Les rapports sexuels devinrent douloureux. Les règles furent modifiées.

A 35 ans, en octobre 1904, les règles avaient encore été nor-

males. En décembre, elles apparurent à date régulière ; mais depuis le commencement de cette période jusqu'à la fin de février 1905, la malade perdit continuellement.

En mars et en avril elle vit pendant la seconde quinzaine de chaque mois.

En mai, elle vit ses règles pendant les trois dernières semaines.

En juin et juillet, les règles apparurent pendant la dernière quinzaine de chaque mois.

En août et septembre, elle perdit pendant tout le mois, sauf pendant quelques jours au début de ces deux mois. Il en fut de même en octobre.

État actuel. — Femme de taille moyenne, bien constituée, mais paraissant, à l'heure actuelle, très fatiguée. Elle dit qu'elle a beaucoup maigri pendant cette année.

A l'examen, le ventre est un peu augmenté de volume et présente une circulation veineuse peu marquée.

Par le palper bimanuel, on sent une masse extrêmement mobile dans le cul-de-sac antérieur.

Au toucher, on sent un col dur, entr'ouvert. Le corps de 'utérus est en antéflexion, et il est augmenté de volume aux dépens de sa paroi antérieure. L'hystéromètre bute, au bout de 3 centimètres, dans la cavité utérine.

Anorexie. Amaigrissement. Pas de troubles de la miction : urine recueillie le 15 octobre : 800 centimètres cubes ; traces d'albumine.

Depuis le mois dernier, la malade perd continuellement.

Opération faite le 16 octobre 1905, par M. le professeur Terrier. Résection de la trompe et de l'ovaire gauches. L'ovaire

droit est kystique ainsi que la trompe : on les laisse en place. Il s'agit, dans ce cas, de deux gros kystes de l'ovaire gauche.

Nous avons pu revoir cette malade le 7 novembre 1906 et obtenir d'elle au sujet de ses règles les détails que ne contenait point l'observation.

Depuis l'opération, elle ne sent plus à gauche, ni boule, ni douleur. Elle revit ses règles, le 20 novembre, pendant trois jours ; elle perdit peu, sans douleurs et sans caillots.

Le 12 décembre, elle revit pendant cinq jours, mais peu.

Du 17 janvier à fin février, elle perdit continuellement nuit et jour, étant couchée ou debout. Elle reprit son travail le 1er mars. Ses règles revinrent le 6 ; elle perdit continuellement jusqu'à la fin d'avril. Ce que voyant, elle cessa tout travail.

En mai 1906, elle perdit pendant quinze jours.

En juin, elle perdit pendant huit jours.

En juillet et en août, elle perdit continuellement.

En septembre, elle perdit pendant trois semaines.

Enfin en octobre, elle perdit pendant quinze jours.

Ces troubles sont-ils dus au développement de la petite tumeur qu'on avait laissée à droite, ou à la ménopause ?

Observation 8 (*Personnelle*).

Recueillie grâce à la bienveillance de M. Gosset.

Mme E..., 39 ans, sans profession, est entrée le 31 mai 1906 à la Pitié dans le service de M. le professeur Terrier que suppléait M. Gosset, avec le diagnostic de grossesse extra-utérine. Elle souffrait du ventre et ses règles étaient troublées.

Antécédents héréditaires. — Père mort de la poitrine à 42 ans.

Mère morte à 33 ans de la poitrine aussi. Elle perdit une sœur à l'âge de 6 ans, mais elle ne sait de quelle maladie. A un frère vivant, mais malade (probablement bacillaire). Une tante et sa grand'mère sont mortes de tuberculose.

Antécédents personnels. — Elle a eu étant enfant la rougeole et la scarlatine. A 20 ans (en 1889) elle eut une bronchite. Auparavant elle ne toussait pas. Depuis, elle toussait facilement. A 22 ans, elle eut pendant trois mois des hémoptysies tous les huit ou quinze jours. Elle a eu dans le genou deux attaques de rhumatisme articulaire : la première à 27 ans (1896), la deuxième à 30 ans (1900).

Elle s'essoufflait facilement. Avait des palpitations. Très nerveuse (crises de larmes fréquentes), peut-être l'était-elle encore plus depuis son mariage.

N'a jamais eu d'enfants. N'a jamais eu non plus, dit-elle, de fausse couche ; cependant elle reconnaît avoir eu dans les premiers jours de mai 1906 une perte assez abondante.

Réglée à 12 ans. Ses règles duraient trois jours. Peu abondantes. Sang rosé laissant sur le linge un cercle jaunâtre autour de la tache. Très douloureuses, obligeant la malade à garder le lit. Ne s'accompagnant pas de pertes blanches. Elles revinrent régulièrement tous les vingt-cinq jours jusqu'à son mariage.

Elle se maria le 3 décembre 1903, et comme elle avait vu, huit jours avant cette date, ses règles comme d'habitude, pendant trois jours, avec les mêmes douleurs, elle ne fut pas peu étonnée de les voir revenir le 5 (deux jours après son mariage) durant deux ou trois jours, mais cette fois sans douleurs.

Elle les vit réapparaître en janvier 1904, un mois après cette seconde date, mais cette fois avec les douleurs habituelles.

A partir de février 1901, jusqu'à la fin de l'année, les règles

sont toujours venues avec les douleurs habituelles, mais avec de l'avance chaque fois, si bien que la malade prétend avoir vu au moins quatorze ou quinze fois cette année-là.

En 1905, elle vit ses règles comme d'habitude en janvier et en février, mais à partir de ce moment des modifications se produisirent.

C'est au mois de mars 1906 qu'elle pensa pour la première fois que son ventre présentait quelque chose d'anormal.

Elle avait bien remarqué depuis l'âge de 30 ans (1897) qu'il était en quelque sorte divisé en deux parties par un sillon transversal et que la partie inférieure était relativement développée. Mais comme il n'augmentait pas de volume, elle n'y avait pas attaché d'importance. Il était, en effet, resté stationnaire jusqu'en janvier 1906.

A cette époque, elle prit de l'embonpoint de toutes les parties du corps. Son ventre augmenta de volume, mais elle n'y fit pas encore attention puisque toutes les parties de son corps le faisaient aussi. Du reste son volume n'était pas énorme puisque même en mai 1906, il fallut qu'une amie lui déclarât qu'elle la croyait enceinte pour la faire attacher à ce fait du développement de l'abdomen une certaine importance.

Son attention fut attirée par ses règles qui à partir de mars 1906 se trouvèrent modifiées et des douleurs qu'elle éprouva à partir de la même date.

Jusqu'à son mariage, ses règles avaient toujours été douloureuses, mais régulières. Depuis, cette régularité avait disparu pour faire place à une certaine avance chaque fois. En mars, elle eut un retard de dix jours et elle éprouva, à la date à laquelle les règles auraient dû apparaître, une douleur assez vive, surtout à gauche, douleur irradiant vers les reins et analogue,

dit-elle, à celle qu'elle éprouvait au moment de chaque période.

En avril et en mai elle ne vit point revenir ses règles. Néanmoins, elle souffrait continuellement, à part quelques moments de trois à quatre jours, si bien que cette douleur étant semblable à celle qui accompagnait chaque période menstruelle, elle croyait constamment voir réapparaître ses règles.

Elles ne reparurent que vers le milieu de juin avec un peu plus d'abondance, les mêmes douleurs et la même durée.

Jamais jusque-là, elle n'avait eu de pertes blanches. Depuis le début de la période d'aménorrhée, elle en avait un peu. Elles étaient de courte durée, se produisaient sans époque fixe, mais plutôt au moment où ses règles auraient dû régulièrement venir. Elles étaient un peu filandreuses et jaunâtres. Elles brûlaient. L'urine brûlait également.

Depuis juin 1905, les règles sont toujours venues régulièrement à vingt-huit jours d'intervalle et semblables à elles-mêmes jusqu'en janvier 1906. Elles avaient la même durée de trois jours et s'accompagnaient des mêmes douleurs.

Les pertes blanches qui s'étaient produites pendant la période d'aménorrhée disparurent quand revinrent les règles, mais les douleurs abdominales persistèrent.

A partir de janvier 1906, jusqu'au mois de mai, le malade ne vit en fait de règles qu'une petite tache de sang rosé tachant son linge à l'époque où l'écoulement menstruel aurait dû normalement apparaître. Cette tache se produisait un jour, peut-être se renouvelait-elle le lendemain, mais c'était tout. Elle ne s'accompagnait ni de pertes blanches, ni de douleur. Au mois d'avril, par exception, elle a souffert.

A cette époque, au mois d'avril, ne se croyant pas enceinte, elle prit de l'armoise.

Aux premiers jours de mai 1906, à l'occasion d'un incendie qui eut lieu dans le voisinage de son habitation, elle eut une perte de sang qu'elle dit avoir été très clair. Cette perte dura dix jours, l'obligeant presque à garder le lit; elle s'accompagna de douleurs moins violentes que les périodes menstruelles, mais les douleurs revinrent plus vives huit jours après.

Elle aurait dû avoir ses règles la semaine de l'opération, si ses règles étaient venues ce mois-là, mais n'ayant rien vu depuis janvier pour ainsi dire, elle ne comptait plus sur aucune date précise.

Pendant la période de suppression, elle n'a eu ni épistaxis, ni pertes d'aucune sorte.

Les douleurs qu'elle éprouvait étaient surtout vives la nuit, obligeant la malade à se coucher sur le côté gauche. C'était une sensation de pesanteur dans le bassin, surtout pénible à gauche, qui irradiait vers les reins.

Elle était fréquemment réveillée par une douloureuse envie d'uriner. La miction était douloureuse, mais c'est surtout après que la douleur était vive.

Dans la journée, elle éprouvait le plus souvent une sorte d'accalmie. Par contre, elle souffrait quelquefois, au point de ne pouvoir marcher.

En général, la station debout, la marche modérée, n'étaient pas si douloureuses. Mais le changement brusque de position provoquait des douleurs très vives.

La malade avait fait vers la fin de mai, une promenade en voiture, et avait horriblement souffert.

A son entrée à l'hôpital (trois semaines après son hémorragie), la malade qui est de taille moyenne, de constitution assez bonne, se présente avec les caractères suivants :

Facies fatigué, amaigri.

Abdomen un peu augmenté de volume.

A la palpation, on trouve dans la fosse iliaque gauche, une tumeur de la grosseur du poing, résistante, peu douloureuse.

Au toucher, on trouve un col gros, peu saillant dans le vagin incliné en arrière. Le cul-de sac gauche est libre; le cul-de-sac droit est comblé par une masse que l'on sent parfaitement à la palpation bi-manuelle.

Pas de température.

Ses seins étaient devenus plus volumineux depuis le mois d'avril 1906. Les glomérules étaient saillants, l'aréole plus nette, la circulation veineuse plus accentuée. Ils étaient en outre, le siège de picottements. Cela persista quelque temps encore après la perte.

L'appétit qui jusque-là avait toujours été bon, depuis le mois de mai, laissait à désirer.

Pas de nausées, pas de vomissements.

Constipation opiniâtre, surtout depuis janvier 1906. Depuis cette même date, le sang lui montait fréquemment à la tête.

Depuis quelques mois, elle souffrait en urinant, probablement par le fait de la compression de la vessie par la tumeur, mais pas au passage de l'urine, sauf au moment des fleurs blanches.

Elle urinait très fréquemment, mais particulièrement sur la fin. L'examen des urines pratiqué le 4 juin donnait comme résultat : quantité, 500 centimètres cubes, urines rouges, acides, ne contenant ni sucre, ni albumine.

Par ailleurs, rien de spécial à signaler.

Elle fut opérée le 6 juin 1906 par M. Gosset qui pratiqua une hystérectomie sus-vaginale.

Il s'agissait d'un kyste multiloculaire de l'ovaire à paroi très mince et à contenu hématique. Plusieurs poches. Kyste adhérent au péritoine dans le Douglas.

L'ovaire du côté opposé est adhérent.

Elle sortit guérie le 4 juillet.

Nous avons revu cette malade le 1er août 1906.

Depuis son opération, elle n'a pas revu ses règles. Elle n'a plus éprouvé de douleurs. Seul un point à gauche est parfois douloureux.

Ses seins lui semblent tombés.

La constipation serait plus opiniâtre. Mais elle n'éprouve plus de si fréquents besoins d'uriner. L'urine est actuellement de couleur normale.

Observation 9

Due à l'obligeance de M. Terrier.

Mme M..., 49 ans, est entrée au mois de juillet 1905 dans le service de M. le professeur Terrier à la Pitié pour se faire opérer d'une tumeur abdominale.

C'est il y a une dizaine d'années, lorsqu'elle consulta pour des hémorrhagies, qu'un médecin lui dit qu'elle avait une tumeur.

Pas d'antécédents pathologiques personnels ni héréditaires.

Réglée à 13 ans, elle l'a toujours été régulièrement.

Elle a eu deux grossesses normales, l'une à 20 ans, l'autre à 24, terminées toutes deux par des accouchements normaux.

A 38 ans, elle eut des pertes rouges abondantes, pour lesquelles elle dut garder le lit pendant deux mois. C'est à cette époque qu'on reconnut la présence d'une petite tumeur abdominale.

Les pertes disparurent et la malade qui avait été un peu fatiguée, reprit ses forces et ne présenta aucun symptôme morbide pendant une dizaine d'années.

Depuis un an, la tumeur a beaucoup grossi.

La malade est un peu fatiguée. Les traits sont tirés.

Le volume du ventre est actuellement considérable.

A la palpation, on sent une tumeur qui paraît fluctuante, occupant principalement le côté droit de l'abdomen.

On sent un col mou, entr'ouvert incliné d'avant en arrière. Le cul-de-sac droit est empâté, abaissé dans le vagin. Le gauche est un peu effacé.

M. Terrier pratiqua le 19 juillet une ovariotomie double.

Il s'agissait d'un kyste irrégulier.

La ponction permet l'écoulement d'un liquide gélatineux citrin.

La tumeur se développait aux dépens de l'ovaire droit auquel elle était rattachée par un pédicule tordu.

Annexes opposées kystiques.

L'utérus un peu gros semble normal.

Décédée le 9 août.

Observation 10

Due à l'obligeance de M. Terrier.

Mme T..., 70 ans, ménagère, est entrée le 10 juin dans le service de M. Dalchez, parce que son ventre est gros et douloureux. Pas d'antécédents héréditaires et personnels.

La malade s'est aperçue depuis un an environ que son embonpoint s'exagérait, que son abdomen était devenu sensible, ce dont elle s'apercevait surtout en s'habillant.

Peu à peu, le ventre a augmenté de volume ; la sensation de pesanteur est devenue plus marquée et douloureuse ; la gêne respiratoire, éprouvée par la malade, est devenue de plus en plus forte ; et la constipation, qui est son état habituel, s'est accentuée.

Depuis trois mois, la miction est quelquefois douloureuse ; les urines sont plus épaisses et plus troubles ; l'appétit a diminué progressivement. La malade ne pouvait prendre que de l'eau ; car elle rendait même le bouillon et le lait.

Il y a six mois, la malade a été prise de pertes rouges abondantes, d'assez mauvaise odeur. Les pertes ont duré trois semaines, puis ont cessé brusquement.

La malade, qui avait eu deux ou trois vomissements bilieux, entre dans le service de M. le professeur Terrier, le 13 juin.

Depuis son entrée dans le service, elle n'a pas de vomissements. Pouls : 96. Le ventre est énorme, distendu, piriforme. Vergetures. Sensation de flot.

A la palpation, on trouve une tuméfaction lisse, régulière, rénitente, mobile, remontant jusqu'à un travers de doigt de l'appendice xyphoïde. Il s'agit manifestement d'un volumineux kyste de l'ovaire.

Au toucher vaginal, on ne réussit qu'avec peine à atteindre l'extrémité inférieure du col utérin ; l'utérus est remonté et paraît appliqué en avant.

Examen des urines, fait le 15 juin : quantité : 450 centimètres cubes. Urée : 26,90 par litre. Albumine.

Opération faite le 19 juin par M. le professeur Terrier. Le péritoine pariétal est fusionné avec la paroi du kyste ; on trouve un plan de clivage. Libération du kyste qui adhère, dans presque toute son étendue, à l'épiploon, puis à deux anses de l'in-

testin grêle. Un dernier lobe était inclus dans le petit bassin. Un noyau du volume d'une mandarine était adhérent à la vessie ; il fallut, pour l'enlever, couper en plein dans cet organe.

Observation 11

Mme X..., âgée de 36 ans, est entrée à l'hôpital le 7 novembre 1905 pour se faire opérer d'une tumeur abdominale.

Comme antécédents pathologiques personnels ou héréditaires, rien à signaler.

Réglée à 15 ans, ses règles duraient cinq jours. Elles se produisaient en abondance normale, sans douleur, sans caillots. Elles ne s'accompagnaient pas de pertes blanches.

Mariée à 24 ans, ses règles ne furent en rien modifiées.

Elle a eu deux grossesses normales, terminées par des accouchements normaux. Aux deux fois, elle a allaité ses enfants, et aux deux fois elle n'a point revu ses règles ni pendant la grossesse ni pendant l'allaitement. Elle reprenait ses habitudes un mois environ après l'accouchement ; le retour de couches se produisait cinq semaines environ après chaque accouchement.

La malade fait remonter à huit ans le début de sa maladie.

C'est, en effet, à cette époque, qu'elle éprouva, à la suite d'un refroidissement, une certaine douleur dans le côté droit de l'abdomen. Cette douleur persista pendant quelque temps, puis disparut.

Il y a trois ans, elle s'aperçut que son ventre augmentait de volume. En même temps, elle éprouvait à nouveau des douleurs dans le côté droit. C'était une sensation de pesanteur, une

douleur sourde qui devenait plus vive à la suite de fatigues, ou au moment des règles.

Depuis un an, le volume du ventre était devenu considérable et la fatiguait beaucoup.

A son entrée à l'hôpital, Mme X..., qui est d'une constitution vigoureuse, semble avoir conservé, malgré sa fatigue, un bon état général.

Le ventre est très augmenté de volume, l'ombilic, un peu aplati, on constate aussi l'existence de vergetures et d'une circulation veineuse assez marquée.

A la palpation on sent une tumeur dure, rénitente, avec par endroit un peu de fluctuation.

Cette tumeur est mate, et remonte jusqu'à quatre travers de doigt de l'appendice xyphoïde.

Au toucher on sent un col dur, légèrement entr'ouvert, incliné de haut en bas et de gauche à droite.

Le cul-de-sac latéral droit est effacé. On y sent une masse élastique, ne paraissant pas fluctuante.

Les règles n'ont jamais été modifiées. Elles se sont toujours produites régulièrement comme auparavant.

Le malade éprouvait parfois une certaine gêne à la miction. De plus, elle s'essoufflait facilement. Quand elle faisait un effort quelque peu prolongé, elle éprouvait dans le côté droit surtout une douleur assez vive.

L'opération fut faite le 12 novembre. Ablation. Appendicectomie.

Il s'agissait d'un gros kyste du volume d'une tête d'enfant de cinq ans, avec quelques adhérences molles. L'ovaire et la trompe gauches étaient sains.

C'était un kyste multiloculaire à contenu liquide citrin.

La malade est sortie guérie le 3 janvier 1906.

Observation 12

RENDU (Joanny). (*Lyon médical*, 1878.)
Kyste de l'ovaire. Ovariotomie, par M. LAROYENNE. *Guérison* (résumée en partie).

Claire F..., 15 ans, demeurant à Lyon, entrée le 18 mars au service de gynécologie.

Bonne santé habituelle pendant l'enfance. Il y a trois ans chute sur un morceau de bois. Pendant deux mois, douleurs dans le flanc gauche, consécutives à cette chute. Le repos au lit n'a pas été nécessaire. Au mois d'avril 1877, l'enfant s'est aperçue que son ventre augmentait de volume et devenait douloureux.

La menstruation s'établit au mois de septembre. En octobre 1877, le ventre redevient volumineux et douloureux. Cet état augmenta jusqu'en décembre. A ce moment, la malade qui est soumise à un traitement par KI voit la tuméfaction diminuer rapidement dans l'espace d'un mois. On suspend le traitement et le ventre reprend son volume normal.

Les règles reviennent régulièrement et durent cinq jours.

En mars, la malade entre à la clinique.

A ce moment, il y a douleurs vives dans l'abdomen, au centre et dans le côté gauche. Pas de diarrhée ni de dysenterie jusqu'aux derniers jours qui précèdent l'opération; la malade peut se coucher indifféremment des deux côtés. Urines normales. En somme, état général assez bon.

Le ventre est très développé et uniformément tendu. Sensation de flot très nettement perçue dans toute l'étendue de l'ab-

domen. Sonorité en fer à cheval limitée assez haut au-dessus de l'ombilic.

La respiration se fait paisiblement.

Diagnostic. — Kyste de l'ovaire.

28 mars. — Ponction aspiratrice qui permet de retirer 3 ou 4 litres de liquide opalin, demi-transparent, visqueux, paralbumineux ; on ne vide pas complètement la tumeur. L'état de flaccidité de la tumeur permet de constater l'absence de parties solides dans l'épaisseur de cette poche kystique.

16 avril. — Ovariotomie. On se trouve en présence d'un kyste à parois minces, retenu par quelques adhérences épiploïques facilement détachées. Du volume d'une tête d'adulte, il est polykystique, mais se compose surtout d'une poche principale dans l'intérieur de laquelle font saillie un grand nombre d'autres kystes variant d'une graine de raisin à la grosseur d'une orange. Tous ces kystes renferment le même liquide paralbumineux.

Les parois du kyste renferment beaucoup de cellules caliciformes. Suites bonnes. Guérison.

La menstruation, revenue le 3 mai, dure trois jours et au commencement de juin, elle en dure six.

Observation 13

Estella Krimer. (In *Thèse*, p. 42) (résumée en partie).

P... Isabelle, âgée de 29 ans, blanchisseuse.

A l'âge de 23 ans, P... vit son ventre augmenter de volume d'une façon progressive et rapide ; mais elle ne souffrait pas. Les règles étaient irrégulières ; mais elles l'avaient toujours été. Elle ne se plaignait que de l'augmentation de volume de son ventre.

Dans les deux ou trois derniers mois de l'année 1891, Isabelle P... qui avait alors 20 ans, commence à ressentir quelques malaises : fatigue rapide dans son travail de blanchisseuse, essoufflement, faiblesse générale, constipation opiniâtre.

Le 28 décembre 1891, elle fut prise, sans cause apparente, de douleurs violentes dans le bas-ventre et les reins ; le ventre était ballonné et extrêmement douloureux ; mais la malade n'avait pas de fièvre ni de vomissements. On crut à une péritonite, on l'envoya à la Pitié, salle Grisolle ; on reconnut l'existence d'un kyste de l'ovaire ; la malade fut passée en chirurgie.

M. le Dr Polaillon reconnut, en effet, l'existence de ce kyste qui était très douloureux et qui remontait jusqu'à cinq ou six travers de doigt au-dessus de l'ombilic ; la tumeur paraissait avoir refoulé l'utérus dans la concavité du sacrum. Mais en outre M. Polaillon admit la possibilité d'une grossesse, et la malade n'avait pas vu ses règles depuis cinq mois, le col était mou et la tumeur qui paraissait être l'utérus était plus grosse qu'un utérus normal.

L'état général de la malade était déplorable, amaigrissement considérable ; douleurs incessantes ; vomissements ; fièvre ; tout exigeait une intervention. Elle eut lieu le 12 janvier.

M. Polaillon fait l'ovariotomie. Il trouve un kyste multiloculaire de l'ovaire gauche, qui contenait 3 litres de liquide ; l'ovaire droit, kystique lui aussi, était de la grosseur d'un œuf de poule. Les deux ovaires et les deux trompes furent extirpés.

L'opération fut très laborieuse ; car il y avait des adhérences nombreuses avec l'épiploon et l'intestin. En outre, l'hémorrhagie fut assez sérieuse, le développement des vaisseaux était considérable. L'utérus était bien dans le cul-de-sac postérieur ; on se garde d'y toucher.

Les suites opératoires furent des plus simples.

Le 8 février, la malade était guérie. La grossesse n'est plus douteuse ; le col est ramolli, allongé ; l'utérus est gros comme celui d'une femme enceinte de 4 mois 1/2. Les mamelles présentent un aspect caractéristique.

L'utérus est sorti de l'excavation et est venu prendre sa place normale dans l'abdomen.

La malade fut conservée par crainte d'une fausse couche. Bientôt on entendit les bruits du cœur et les mouvements actifs furent manifestes.

La gestation suivit son cours sans accident.

Le 29 janvier, accouchement normal. Suites de couches normales. L'enfant pèse 3.500 grammes. Le poids du placenta est de 590 grammes. Involution utérine normale.

Observation 14

BENDER (in *Thèse*, p. 68).

Kyste racémeux de l'ovaire droit. Hystérectomie abdominale supravaginale. Guérison (résumée en partie).

Marguerite Ch..., femme L..., 34 ans, entre le 30 mars 1903 dans le service de M. le professeur Pozzi, à Broca.

Pas d'antécédents héréditaires. La malade a eu la rougeole dans son enfance et une entérite à 13 ans. Pas d'autres maladies.

Les premières règles ont apparu à 18 ans. Après son mariage les règles sont restées irrégulières et douloureuses. Pertes jaunes assez abondantes à cette époque ; blennorrhagie probable.

En 1889, fausse couche de 3 mois.

En 1890, et en 1893, deux grossesses normales avec accouchement normal et suites normales.

La malade souffre du ventre depuis sept ans environ. Les douleurs se sont installées lentement et insidieusement ; c'étaient des douleurs sourdes et gravatives siégeant dans le bas-ventre et dans les reins. Les règles devinrent, depuis cette époque, encore plus irrégulières qu'auparavant, survenant seulement à des intervalles de deux et trois mois et s'accompagnant, quand elles se produisaient, de crises douloureuses très violentes qui obligeaient la malade à garder le lit.

Depuis un an, ces douleurs ont considérablement augmenté d'intensité et sont devenues presque continuelles. Par intervalles, la malade avait des périodes de constipation intense et de ballonnement du ventre. Puis survenait une débâcle diarrhéique et tout rentrait dans l'ordre.

Ces symptômes s'étant encore aggravés et tout travail lui étant devenu impossible, la malade entra dans le service, le 30 mars 1903.

Examen clinique. — État général assez bon.

Au palper, dans la fosse iliaque droite, masse située assez profondément et de consistance rénitente, douloureuse. Submatité. Défense de la paroi. Le toucher vaginal combiné au palper montre que le cul-de-sac postérieur est rempli par une masse dure, peu mobile, douloureuse, qui paraît être l'utérus rétrofléchi. Le col est entr'ouvert et admet facilement l'extrémité de l'index.

Du côté gauche, on sent très nettement, à travers le cul-de-sac vaginal resté souple, les annexes qui sont augmentées de volume et qui sont douloureuses.

A droite, en arrière, se trouve une masse irrégulière, rénitente, douloureuse au toucher, légèrement mobile.

Diagnotisc. — Les règles ne s'étaient pas produites depuis trois mois, aussi croyait-on à une grossesse extra-utérine. Pas d'ascite. On diagnostiqua une annexite doubie plus marquée à droite.

Opération. — On découvre une série de poches kystiques disposées en grappes, les unes complètement, les autres à demi remplies de liquide citrin. Une de ces poches plus volumineuse que les autres, siutée à gauche de la ligne médiane, est remplie de sang et rappelle l'aspect d'une grossesse tubaire.

L'ovaire gauche augmenté de volume contient de petits kystes.

L'utérus est volumineux et présente, en arrière, une large surface d'excoriation, due à ce que la grande poche kystique lui adhérait intimement.

Hystérectomie supravaginale.

Suites opératoires des plus simples.

Tumeur polykystique développée aux dépens de l'ovaire droit pesant 360 grammes et formée par l'agglomération de kystes de dimensions variant de celles d'un pois à celles du poing. On reconnaît facilement l'ovaire et la trompe au milieu de cette masse. Sur l'ovaire, les vésicules kystiques viennent s'implanter par un pédicule généralement assez grêle.

L'ovaire sclérosé, presque doublé de volume, a conservé dans la plus grande partie de son étendue, ses caractères normaux. Il ne présente rien de particulier en dehors de quelques kystes gros comme une lentille.

L'un de ces kystes, le plus volumineux, atteignant les dimensions du poing, présente une coloration d'un rouge violacé, ecchymotique. Le pédicule, extrêmement mince, s'était tordu

au niveau de son insertion sur l'ovaire et il s'était fait, par ce mécanisme, une hémorrhagie intra-kystique.

Le liquide était le plus souvent séreux.

Annexes gauches. — La trompe épaissie est atteinte de salpingite ancienne mais elle n'est pas oblitérée. Varicocèle tubo-ovarien. L'ovaire est gros, œdémateux et contient des petits kystes.

C). — Végétants.

Observation 15 (*Personnelle*).

Recueillie grâce à la bienveillance de M. Pozzi.

Mme H..., 39 ans (en 1902) est entrée dans le service de M. Pozzi à Broca le 1er juillet 1902 parce qu'elle a une tumeur abdominale douloureuse et que ses règles sont irrégulières.

Le premier symptôme fut une douleur épouvantable qu'elle éprouva en octobre 1900; mais le ventre ne commença à grossir qu'en juin-juillet 1901.

Elle a eu plusieurs fois la coqueluche.

Maux de tête fréquents.

Très nerveuse. Constipation habituelle. Essoufflement au moindre effort. Palpitations.

Pas d'antécédents héréditaires.

Réglée à 14 ans. Ses règles duraient sept jours. Très abondantes. Sans douleur. Sang rouge, sans caillots, sans pertes blanches, revenant exactement tous les vingt-huit jours.

Il en fut ainsi jusqu'en janvier 1902.

Mariée à 22 ans (1885), elle a fait deux fausses couches. La

première en 1889 au bout de deux ou trois mois de gestation, à la suite d'un accident. La seconde en février 1900. Toutes deux s'accompagnèrent d'une hémorrhagie assez abondante.

Elle s'était relevée quinze jours à trois semaines après chacune. Les règles revenaient exactement un mois après chaque hémorrhagie. Elles étaient comme d'habitude.

Pas d'enfants.

Depuis le mois d'octobre 1900, elle éprouvait des crises de douleurs déchirantes dans le côté droit et la cuisse droite, qu'elle fût couchée ou debout. De plus, elle suait au point d'être parfois obligée de changer son lit.

A ce moment, elle fut examinée et on ne constata pas encore de tumeur. On la soigna pour rhumatisme.

Les douleurs allèrent en augmentant jusqu'en juin 1901, date à laquelle, un chirurgien conclut à la présence d'un petit kyste.

Des injections au sublimé très chaudes amenèrent, jusqu'en octobre, un soulagement considérable au point de vue de la douleur et du volume de la petite tumeur.

Au mois d'août, la malade qui au moment de ses règles avait par précaution gardé le lit, s'aperçut qu'elle perdait quelque chose qu'elle ne peut définir.

Depuis, son embonpoint qui depuis juin avait un peu augmenté revint à l'état normal et les douleurs cessèrent au point qu'elle put sans ennui entreprendre un voyage assez long.

En octobre 1901, les douleurs revinrent et comme la première fois débutèrent en dehors de la période menstruelle.

Puis à partir de janvier 1902, le ventre augmente un peu, particulièrement à droite, jusqu'en mai 1902. Jusque-là la tumeur était donc en quelque sorte restée stationnaire.

En janvier 1902, la malade nous dit que son affection « tourna en métrite ».

A partir de mai, son ventre prit des proportions considérables.

A son entrée à l'hôpital, la malade qui est de taille petite, paraît très affaiblie, très amaigrie. Elle présente un ventre énorme. L'ombilic est effacé, la circulation veineuse exagérée

On sent à la palpation, une tumeur fluctuante semblant plus marquée à droite qu'à gauche et remontant presqu'au creux épigastrique. Tumeur douloureuse à la pression.

Matité dans le milieu et à droite de l'abdomen, un peu de sonorité à gauche.

Au toucher, col mou, entr'ouvert, légèrement incliné de droite à gauche. Dans les culs-de-sac gauche et postérieur, on sent une masse douloureuse à la pression, fluctuante.

Douleur spontanée, surtout à gauche, irradiant vers les cuisses et les reins. Douleur déchirante à paroxysmes qui avait obligé maintes fois la malade à garder le lit, sauf dans les derniers temps où la situation dans le décubitus dorsal était devenue intolérable du fait du volume de la tumeur et provoquait des étouffements. Tout changement brusque de position était intolérable. De plus sensation de pesanteur et de déplacement au moindre mouvement, sensation de cuisson.

Œdème considérable des pieds, des jambes et de la partie inférieure des cuisses.

Ses règles qui, jusqu'en janvier 1902, avaient été très régulières, éprouvèrent à ce moment de grandes modifications. Elle perdit alors tous les quinze jours, pendant quatre jours du sang rouge, sans pertes blanches. Les douleurs étaient peut être plus accentuées au début des règles, mais quand celles-ci avaient

été assez abondantes, les douleurs devenaient moins vives pendant vingt-quatre heures environ.

Les dernières règles qui durèrent quatre jours eurent lieu vers le 15 juin 1902.

La malade ne peut plus respirer, ni rien prendre. Elle est très fatiguée. Les mictions sont devenues pénibles.

État général mauvais.

Elle fut opérée le 8 juillet 1902 par M. Pozzi.

Il s'agissait d'un kyste mucoïde dégénéré de l'ovaire avec poche rétropéritonéale à droite; salpingite parenchymateuse avec épaississement considérable du ligament large à gauche.

Hystérectomie abdominale totale. Ablation par dissection de la poche rétropéritonéale. Plaie longitudinale du rectum. Ablation des annexes droites.

1° Ponction du kyste. On retire une dizaine de litres de liquide filant. Opération très laborieuse. Le kyste était absolument intra ligamentaire. On a dû commencer par faire l'hystérectomie abdominale totale, puis on a eu alors la place suffisante pour disséquer la poche kystique en introduisant la main dans une poche secondaire très profonde pénétrant jusqu'à la base du ligament large et recouverte en avant par la vessie.

Il existait deux poches principales: l'une contenait la presque totalité du liquide et avait des parois relativement épaisses (liquide jaune ambré, filant).

En un point de sa surface existait une masse du volume du poing, lardacée, friable, donnant par le raclage du suc visqueux, éminemment maligne.

Il s'agit sans doute d'une dégénérescence épithéliomateuse du kyste primitivement bénin survenue récemment et qui a été signalée cliniquement par une augmentation considérable de

volume du kyste depuis le mois de janvier, surtout depuis deux mois.

La poche accessoire à parois très minces était située immédiatement en arrière de la vessie et plongeant dans le Douglas, de telle sorte qu'elle tombait dans le cul-de-sac postérieur du vagin et avait fait croire à de l'ascite.

L'utérus avait subi une très grande élongation du col qui n'était pas plus épais inférieurement que le petit doigt. Il adhérait intimement à la principale poche.

Nous avons revu cette malade le 10 août 1906. Depuis l'opération elle n'a plus revu ses règles, mais pendant deux ans, le 8 de chaque mois (date qui correspondait à celle de l'opération), elle a éprouvé des troubles nerveux, contre lesquels on lui a conseillé les ovaires Vigier.

Elle éprouve fréquemment des vertiges. Leur apparition ne se fait point à une date fixe. Aujourd'hui ils commencent à disparaître.

La constipation serait moins opiniâtre depuis l'opération. Mme H... a, dit-elle, toujours eu les seins sensibles et volumineux. Au moment de l'opération, ils étaient tombés. Depuis quelque temps, ils commencent à revenir à leur volume habituel.

Observation 16 (*Personnelle*).

Recueillie grâce à la bienveillance de M. Brézard, interne des hôpitaux.

Mme X..., 40 ans, ménagère, est entrée au mois de mai 1906, salle Sainte-Marthe, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le

Dr Guinard, parce qu'elle possède une tumeur abdominale et que son état général est devenu mauvais.

C'est au mois de juin 1902, qu'elle constata quelque chose d'anormal du côté de son ventre. Elle fit de l'ascite.

Bien portante pendant sa jeunesse, elle avait toujours eu jusqu'en 1902 un bon état général.

En 1902, elle fut opérée pour un kyste végétant de l'ovaire.

Pas d'antécédents héréditaires.

Réglée à 11 ans (1877). Ses règles duraient sept à huit jours, assez abondantes, avec douleurs, sans caillots, sans pertes blanches. Elles revenaient régulièrement tous les vingt-huit jours. Il en fut ainsi jusqu'en 1902.

Mariée à 22 ans (1888). N'a jamais eu d'enfants.

A 33 ans (1899) elle eut une perte de sang qui dura trois semaines. Elle perdit abondamment. Le mois qui avait précédé cette perte, la malade avait vu régulièrement ses règles. Il s'agissait probablement d'une fausse couche.

Les règles qui étaient revenues semblables, un mois après, continuèrent à venir régulièrement jusqu'à 35 ans (1901).

A partir de cette époque, elle remarqua que son ventre augmentait de volume et que malgré cela elle maigrissait.

En janvier 1902, son ventre était devenu énorme, gênant la respiration et rendant tout mouvement pénible.

Elle fut opérée en juin de cette même année par M. Lucas-Championnière qui extirpa un énorme kyste végétant de l'ovaire. Il y avait déjà des végétations sur le péritoine.

Jusque-là la malade avait vu ses règles régulièrement. Elle avait vu pour la dernière fois douze jours avant son opération.

Trois jours après l'opération, la malade revit, dit-elle, ses

règles, mais cette fois très peu. Étant donné l'état de fatigue dans lequel elle se trouvait, elle ne peut préciser s'il y avait de la douleur, s'il y avait des modifications dans la couleur, etc.

Le mois suivant, un mois jour pour jour après son opération, la malade vit revenir ses règles, mais cette fois sans douleurs. Elles ne duraient plus que trois jours.

Cinq mois se passèrent, la malade se trouvant très bien et voyant régulièrement pendant trois jours et sans douleur.

C'est à cette époque (décembre 1902), qu'elle commença à apercevoir quelque chose d'anormal du côté du ventre. A cette date, en effet, au moment de ses règles qui furent malgré cela régulières, elle fit de l'ascite et fut très fatiguée.

Les règles finies, l'ascite persista, mais tout malaise disparut.

Le mois suivant, toujours au moment des règles, nouvelle poussée d'ascite, suivie de calme à peu près parfait, sauf une gêne croissante due au volume du ventre.

Le mois suivant, sept mois après l'opération, mêmes phénomènes. Cette fois, le volume du ventre étant devenu énorme, la gêne étant très grande, on fit une ponction qui permit de retirer 18 litres de liquide, après quoi, la malade se trouva très soulagée.

Quatre mois après, l'ascite s'étant reproduite d'une façon graduelle à chaque nouvelle époque menstruelle, une nouvelle ponction fut nécessaire. Elle permit de retirer 10 litres de liquide.

Six mois après nouvelle ponction qui donne 8 litres de liquide.

Six mois après quatrième ponction qui donne 5 litres de liquide.

Un an après (juillet) cinquième ponction qui donne 1 litre 1/2 de liquide.

Cette ascite se produisait par poussées au moment des règles qui, malgré cela, étaient normales.

Elles furent normales encore jusqu'au mois de février 1906.

A cette époque, elle eut au moment des règles une hémorrhagie qui dura quinze jours. Le fait se reproduisit en mars et en avril fatiguant la malade au plus haut degré.

Depuis cette époque, anémiée qu'elle était, ayant perdu ses forces, elle fut obligée de se mettre au lit ne pouvant plus vaquer à ses occupations, ni se tenir debout.

Elle est entrée à l'hôpital au mois de mai 1906. A cette époque la malade paraît beaucoup plus âgée qu'elle ne l'est en réalité. Le facies est pâle ; elle est très amaigrie.

Le ventre est très augmenté de volume. Vergetures, circulation veineuse collatérale.

On sent à la palpation une tumeur médiane, résistante. La sensation de flot est difficilement perçue.

Matité dans toute la région occupée par la tumeur.

Au toucher, col dur, un peu abaissé, culs-de-sacs un peu effacés.

En mai, après les trois hémorrhagies successives que nous avons signalées, elle ne vit point ses règles, mais elle éprouva tous les symptômes qui les accompagnaient d'ordinaire.

En juin, elle a vu, mais en beaucoup moins grande quantité que d'ordinaire.

La malade qui avait toujours bien mangé jusqu'en février dernier avait vu à cette date son appétit disparaître.

Depuis, vomissements continuels. Selles irrégulières. Gêne de a miction. Insomnie. Anémie. État général mauvais.

Depuis son entrée à l'hôpital, on lui fait du sérum pour la la remonter afin qu'elle puisse supporter l'opération.

Nous avons vu cette malade le 22 juin 1906. Quoique très pâle, très amaigrie, elle dit se trouver un peu mieux.

Depuis une quinzaine, elle a un peu d'appétit. Elle repose un peu.

Il s'agit encore d'un gros kyste végétant de l'ovaire.

Observation 17

Cazenave (Thèse de doct. ; observation VII, *résumée*).

Kyste prolifère papillaire très volumineux avec métastases péritonéales multiples. Présence de pus dans certaines cavités kystiques. Ascite considérable. Ablation par laparotomie. Lavage et drainage. Guérison.

K... Mathilde, 34 ans, est entré à l'hôpital Pascal, le 22 juin 1893. Elle a été réglée à 11 ans 1/2 ; les règles ont toujours été régulières et d'une durée moyenne de quatre jours. Elle a eu six grossesses, dont cinq avec accouchements à terme ; la dernière grossesse s'est terminée par un accouchement prématuré à huit mois, avec enfant mort-né (syphilis).

La malade fait remonter, au mois d'octobre 1902, le début de son affection. Dans l'espace d'un an, on lui a fait sept ponctions qui ont donné chaque fois 8 à 15 litres de liquide ascitique, de couleur citrine.

Le 24 juillet, son état général est encore bon. La menstruation reste régulière.

Elle fut opérée le 25 : il s'agissait d'un kyste prolifère papillaire très développé avec ascite abondante et se reproduisant

très rapidement. Toute la cavité pelvienne est oblitérée par la masse végétante. Quelques vacuoles de cette tumeur contiennent un liquide séreux; les autres, du sang plus ou moins altéré; d'autres enfin, du pus; quelques-unes sont remplies de fongosités papillaires. Il existait des greffes intestinales et péritonéales. Guérison.

Observation 18

DEBRAY (*Thèse*, 1900, observ. XII) (*résumée*).

G..., 31 ans, journalière, entrée le 30 mai 1899.

Pas d'antécédents héréditaires.

Réglée à 14 ans. Elle a toujours été bien portante.

Il y a onze ans, accouchement normal. Les règles ont toujours été très régulières.

Appétit bon; constipation constante. Urines claires.

Il y a cinq ou six ans, elle ressentit des douleurs peu intenses dans le bas-ventre, dans le côté droit et dans le dos. Nausées, quelques vomissements.

Il y a six mois, douleurs intenses dans le bas-ventre, surtout à droite.

Enfin depuis trois semaines, le ventre a augmenté de volume; il est gros, ballonné. A la palpation, on a la sensation de flot.

Opération. — Laparotomie. Grande quantité de liquide ascitique.

A droite, présence d'un noyau papillomateux considérable sur le péritoine pariétal. Profondément, on aperçoit une masse ayant l'apparence du frai de grenouille. Cette masse adhérente à l'utérus n'est autre que l'ovaire droit dégénéré. Dans cette

masse on remarque des débris d'ovaire sain. A gauche, on trouve un noyau beaucoup moins volumineux.

Résection. Salpingectomie.

Grattage et ablation incomplète du noyau péritonéal.

Suites bonnes. Elle sort, le 2 juillet, en excellent état.

Observation 19

Debray (*Thèse*, 1900; obs. IX) (*résumée*).

F..., âgée de 44 ans, entrée le 4 juin 1898.

Pas d'antécédents héréditaires.

Bien réglée à partir de 15 ans; elle a toujours eu des pertes blanches. Elle a eu huit accouchements sans complications : a sept enfants vivants, le dernier ayant six ans.

Habituellement bien portante.

Il s'agissait d'un kyste dégénéré qui évoluait depuis décembre 1896. Généralisation assez avancée sur le péritoine.

Observation 20

Debray (*Thèse*, 1900, obs. X) (*résumée*).

D..., 35 ans, entrée le 8 octobre 1898.

Père mort d'un cancer de l'estomac.

Réglée régulièrement depuis l'âge de 16 ans. La malade a eu un enfant à 28 ans.

Elle a toujours été bien portante.

Depuis avril 1898, elle voyait son ventre grossir et se croyait enceinte. Il s'agit d'un kyste végétant de l'ovaire avec adhérences au rectum à gauche.

Observation 21

DEBRAY (in *Thèse*, 1900. Obs. VIII, p. 48) (*résumée*).

M..., 29 ans, entrée le 31 mai 1898.

Pas d'antécédents héréditaires.

Habituellement bien portante et bien réglée, a eu deux enfants, le dernier il y quatre ans.

Il y a deux ans, cette malade ressentit des douleurs très vives dans le ventre, surtout à gauche, et qui l'obligèrent à prendre trois mois de repos.

A cette époque, son ventre augmenta de volume d'une manière notable, mais au bout de quelque temps, diminution de la douleur et du volume de la tumeur.

Il y a un mois, réapparition des mêmes symptômes ; tumeur occupant presque tout l'abdomen surtout à droite, très tendue, rénitente, proéminant nettement en avant.

Au toucher, utérus libre, mais peu mobile ; corps difficile à atteindre, on ne sent pas la tumeur.

Opération le 8 juin 1898.

Incision. Ponction avec un gros trocart ; il s'écoule un liquide épais, brunâtre; par moments même des caillots obstruent le tube. La poche est donc remplie en grande partie par du sang.

Quelques adhérences résistantes à la partie supérieure.

Pédicule tordu une fois sur lui-même : ce qui a dû être la cause des douleurs récentes et de la présence de sang dans la poche.

On enlève quelques adhérences à la partie supérieure ; mais

c'est à grand'peine que l'on parvient à détacher la portion de la tumeur, qui est fixée sur le mésocôlon.

Sans autre signe, cette adhérence éveille l'idée de malignité.

Ablation de l'ovaire gauche qui paraît kystique.

Suture du péritoine. Omphalotomie.

Suites normales. Elle sort le 20 juin, en excellent état.

Revue à la fin d'août, elle est en complète généralisation péritonéale.

Observation 22

Cazin (in *Thèse* de Leroy, 1881) (*résumée*).

Le 10 avril 1880, l'auteur eut à examiner la nommée Rosalie N..., âgée de 17 ans et 6 mois. Réglée à 14 ans, cette jeune femme, mariée depuis six mois, avait toujours, quoique très délicate d'apparence, eu une bonne santé, et n'eut à souffrir que de fièvres intermittentes, endémiques dans la localité qu'elle habite (Quend, département de la Somme).

A la suite d'un refroidissement éprouvé il y a un mois, elle dit avoir senti son ventre augmenter de volume. A cette époque, les règles ont cessé de se montrer et naturellement, elle a attribué à un début de grossesse les phénomènes observés. Depuis et à plusieurs reprises elle a éprouvé des douleurs abdominales accompagnées de vomissements verdâtres, qu'elle rapporte à la fièvre paludéenne.

En même temps le ventre prenait un développement si prompt qu'*en moins de trois mois* il avait atteint les dimensions de celui d'une femme à terme. L'amaigrissement faisait de rapides progrès.

L'abdomen mesure 1 m. 68 de circonférence. Œdème des jambes ; ventre globuleux. On avait probablement affaire à un kyste uniloculaire. Flot très évident. Peau extrêmement tendue. Respiration difficile, la malade est épuisée et presque dans le marasme. *Adhérences considérables.* Opération incomplète : Liquide séreux louche, un peu latescent (28 litres).

Guérison.

Observation 23

Debray (*Thèse* 1900, p. 38 ; obs. II) (*résumée*).

S..., 24 ans, entrée le 24 mars 1892.

Antécédents personnels et héréditaires nuls.

Depuis le mois de décembre 1891, à la suite de vives douleurs dans le ventre, cette malade voit celui-ci augmenter de volume.

Après une période assez calme, le volume du ventre augmente encore, surtout du côté gauche et l'œdème apparaît aux jambes.

Quand elle entre dans le service du Dr Cerné, les douleurs ne sont pas très vives ; mais l'état général paraît très mauvais. Les règles sont supprimées depuis trois mois et remplacées par un écoulement leucorrhéique fétide.

Ascite légère développée autour d'une tumeur volumineuse, dure, résistante, ne paraissant pas bombée. L'utérus est normal et mobile.

Laparatomie le 1er avril. La tumeur contenait 6 litres de liquide. Adhérences nécessitant le morcellement. Suites bonnes.

Bon état pendant une année.

Elle est opérée le 10 octobre 1893 pour une tumeur semblable

de l'ovaire gauche. L'état général était meilleur qu'avant la première opération, mais les règles n'ont pas été notées.

Suites bonnes.

La malade présente au bout de quelque temps dans la cavité abdominale une masse dure, adhérente à l'ombilic, avec ascite. Elle meurt rapidement dans un état cachectique.

L'autopsie n'a pu être pratiquée.

D. — Dermoïdes.

Observation 24

Hardouin (*Bull. Soc. scient. et med. de l'ouest*, Rennes, 1904. 1er trimestre : obs. III) (*résumée*).

Victoire L..., âgée de 36 ans, ménagère, entre le 21 janvier 1904 à l'Hôtel-Dieu de Rennes, salle Saint-Philomène, dans le service de M. le professeur Dayot.

Pas d'antécédents. Réglée à 15 ans, toujours d'une façon régulière. Elle eut deux grossesses normales, accoucha à terme d'enfants vivants : suites de couches normales ; elle allaita ses deux enfants.

Il y a deux ans, elle s'est aperçue que son ventre augmentait de volume. Douleurs assez vives qui disparurent au bout de deux mois presque complètement. Les règles s'étaient montrées normales pendant toute cette période. Douleurs inconstantes, survenant depuis ce moment, à la fin de ses règles. Pas de troubles vésicaux ; constipation habituelle.

A l'examen, on constate l'existence d'une tumeur occupant la région médiane de l'abdomen, peu saillante et s'élevant à deux

travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Elle a à peu près le volume d'une tête de fœtus ; elle est indolore, et assez mobile dans la cavité abdominale. Matité. En outre, la tumeur est rénitente et fluctuante mais on ne perçoit pas le phénomène du flot.

Par le toucher, on trouve le col déchiré et en antéversion prononcée. L'utérus est mobile et indépendant de la tumeur. Le cul-de-sac droit est abaissé et fortement bombé.

Diagnostic : kyste de l'ovaire droit, non inclus dans le ligament large.

Opération, faite le 26 janvier, par M. le professeur Dayot.

Ovariotomie. Le kyste était en partie adhérent surtout à la partie postéro-inférieure où il avait contracté de nombreuses adhérences avec le rectum et le plancher pelvien. Pédicule tordu (2 tours) dans le sens des aiguilles d'une montre. Enfin, il était dermoïde, et contenait du liquide brunâtre dans lequel se trouvaient des cheveux et de la matière sébacée. Drainage pendant quarante-huit heures.

Suites opératoires excellentes.

Observation 25

Mouchotte (*Bull. de la Société anatomique*, déc. 1901, janv. 1902).

Kyste dermoïde de l'ovaire droit à pédicule tordu.

B. D..., 30 ans, domestique, entre à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Bazy, le 4 décembre 1901.

Antécédents personnels. — Deux pneumonies (à 7 et 18 ans). Congestion pulmonaire il y a un an.

Réglée à 15 ans. Les règles demeurent régulières jusqu'à il y a trois ans.

Une seule grossesse, à 21 ans. Accouchement à terme, spontané. Présentation du sommet. L'enfant est élevé huit mois au sein maternel. La mère cesse d'allaiter son enfant pour en nourrir un autre auquel elle donne le sein pendant quatorze mois. Retour de couches le vingt-deuxième mois, au cours de l'allaitement.

Il y a quatre ans et demi, en 1897, la femme commence à éprouver de vives douleurs rénales et des douleurs dans le côté droit du ventre. Ces douleurs persistent pendant trois mois, empêchant tout effort. En même temps les règles diminuent d'intensité, le sang est plus clair.

Il y a trois ans, en août 1899, le dernier jour d'une période menstruelle, la femme éprouve subitement une douleur très vive dans le côté droit du ventre, douleur sourde, continuelle, non lancinante, n'ayant pas le caractère de colique, s'accompagnant de pesanteur à l'anus, de violentes irradiations rénales, et de vomissements glaireux. La crise dure vingt-quatre heures. Depuis cette époque les règles diminuent encore d'intensité ; le sang est pâle, rose ; la durée n'est plus que de trois jours au lieu de six ; l'apparition est toujours retardée (8 à 15 jours).

En février 1900, la malade, alors qu'elle était également parvenue au dernier jour d'une de ses époques, est prise subitement, au moment où elle mettait sa jupe, d'une nouvelle douleur, siégeant toujours à droite, dans le côté du ventre et la région rénale. Cette nouvelle crise douloureuse présenta les mêmes caractères que la précédente, s'accompagna de vomissements et en outre de constipation. Pas de troubles de la miction. Mais la durée fut plus grande : trois jours et trois nuits. A partir

de ce temps la malade commença à maigrir et son ventre à augmenter de volume ; son teint devint mat. Peu après survint une période de trois mois d'aménorrhée. Pas de pertes blanches.

Dans le courant de 1900 et de 1901 se manifestent plusieurs petites crises moins intenses, qui durent quelques heures seulement et n'obligent pas au repos au lit.

En août 1901, nouvelle crise extrêmement violente, précédant d'un jour l'apparition des règles, accompagnée de vomissements glaireux et bilieux, de fièvre, de malaises, d'étouffements, de lipothymies. Ventre météorisé ne pouvant même pas supporter le contact de la main. La morphine peut seule atténuer les souffrances. Durée : six jours.

Le 25 novembre 1901, de nouveau un jour avant les règles, au cours d'une promenade à pied, cette douleur siégeant dans le côté droit du ventre reparaît encore. Mais elle est plus forte qu'en août. La durée se prolonge aussi davantage : dix jours. Concomitamment, constipation opiniâtre, absence de gaz à l'anus, fièvre légère (la temp. oscille entre 37°5 et 38°). Un médecin appelé sent une masse dans le côté droit de l'abdomen et croit à une hydronéphrose calculeuse. La malade est adressée à M. Bazy et entre dans son service le 4 décembre 1901.

A l'entrée la température est de 39°. La pression dans la fosse iliaque droite détermine une douleur un peu au-dessous du point de Mac Burney ; dans cette région on perçoit une zone indurée, douloureuse, de la largeur de la paume de la main. Irradiation à la face antéro-externe de la cuisse.

Au toucher, le corps de l'utérus paraît volumineux. Dans le cul-de-sac droit, on sent une masse tendue qu'on mobilise par la main placée sur la paroi abdominale, masse formant une grosse tumeur qui remonte à un travers de doigt au-dessus de

l'ombilic et débordant à droite la ligne médiane de 10 centimètres environ. Cette masse tendue est fluctuante, séparée de l'utérus par un sillon.

Les mouvements qu'on lui imprime se transmettent à l'utérus.

Diagnostic de kyste de l'ovaire avec poussées de péritonite localisée. La laparotomie décidée est faite par M. Bazy.

Le péritoine ouvert, on libère les adhérences lâches qui unissent l'épiploon à la paroi et à la tumeur kystique. La tumeur est noirâtre et fait penser à un kyste à pédicule tordu. Elle est ponctionnée. Il s'écoule une grande quantité d'une substance pâteuse, couleur crème au café et qui se coagule rapidement. Plusieurs fois des touffes de cheveux obstruent le tube de caoutchouc adapté au trocart. Le kyste dermoïde est rattaché à la corne utérine droite par un pédicule tordu de deux tours de dedans en dehors. Une petite déchirure existe sur la paroi inférieure de ce kyste ; elle est l'origine d'un foyer de péritonite circonscrite dans le cul-de-sac vésico-utérin. Section du pédicule après ligature. Drain. Fermeture de la paroi. Pansement aseptique.

Les suites sont simples. Le troisième jour le drain est enlevé. La malade a quitté l'hôpital complètement guérie.

A l'examen de la pièce, la poche kystique paraît avoir le volume d'une tête d'adulte. La trompe participe à la torsion. Trompe et pédicule tordus s'enroulent simultanément et font deux tours. Immédiatement au-dessous de la poche kystique, là où se termine la torsion, la trompe étale son ostium abdominale avec ses franges. Un stylet pénètre dans son orifice à une profondeur de 1 centimètre environ. Au-dessous, sur le pédicule, sont deux gros vaisseaux. Le pédicule est plus volumineux que la trompe.

Observation 26

Mouchotte (*Bull. Soc. anat. de Paris*, décembre 1901, janvier 1902).

Kyste dermoïde de l'ovaire droit à pédicule tordu.

Le kyste dermoïde de l'ovaire droit à pédicule tordu que nous présentons a été enlevé par notre maître J.-L. Faure, le 17 mai 1902 ; la malade a quitté l'hôpital complètement guérie le 26 juin. Voici son observation.

A. R... femme D..., 57 ans, blanchisseuse ; sans antécédents héréditaires particuliers, sans antécédents personnels.

Réglée à 13 ans. Les règles ont toujours été régulières, non douloureuses. Jamais de pertes blanches.

Treize grossesses : la première à 18 ans, la dernière à 40 ans. Tous les accouchements furent spontanés. Huit eurent lieu à terme, un (le 10e) au huitième mois, quatre (les 2e, 4e, 7 et 11e) au septième mois. Dans tous les cas il s'agissait de présentation du sommet. Les quatre enfants nés au septième mois moururent quelques heures après la naissance. Tous les autres furent élevés au sein maternel : ils sont actuellement vivants, excepté le cinquième, mort à 10 mois d'entérite et le neuvième, mort à 7 mois consécutivement à une opération (?). Après chacun des treize accouchements les suites de couches furent physiologiques.

Ménopause à 52 ans (il y a 5 ans).

Il y a vingt-neuf ans, entre les septième et huitième grossesses, la femme, qui était alors âgée de 28 ans, éprouva des douleurs dans le côté droit de la partie inférieure du ventre. Ces douleurs avaient le caractère de coliques ; elles s'accompagnaient

d'irradiations rénales. Elles n'étaient spontanées qu'au moment des règles ; dans les périodes intermenstruelles elles étaient provoquées par certains mouvements : aussi la femme dut-elle cesser son travail pendant trois mois. Concomitamment ni métrorrhagies, ni pertes blanches, aucun trouble du côté de l'appareil digestif. Au bout de trois mois les douleurs disparurent.

La femme n'avait jamais souffert antérieurement du côté droit du ventre ; mais elle se rappelle avoir toujours été obligée de se coucher la nuit sur le côté droit ; lorsqu'elle se couchait sur le côté gauche elle éprouvait une sensation de tiraillements dans la région lombaire.

Il y a douze ans (la femme avait 45 ans), les douleurs reparurent du côté droit du ventre, au moment des règles. Dans l'intervalle des règles, comme précédemment, les douleurs étaient réveillées par certains mouvements. Trois mois encore elle dut cesser son travail par intermittences. Une ceinture abdominale élastique lui procura un grand soulagement.

Il y a trois mois, le 23 février, de nouveau de fortes douleurs réapparaissent dans le côté droit du ventre. Ces douleurs ont encore le caractère de coliques et s'accompagnent d'irradiations rénales. Elles persistent très intenses pendant vingt-quatre heures, puis diminuent mais néanmoins demeurent suffisamment fortes pour imposer le repos au lit jusqu'au milieu du mois de mars. Alors la malade se lève. Mais elle ressent toujours des douleurs vagues à droite ; les douleurs s'exagèrent dans certaines positions. La femme ne peut plus s'accroupir pour ramasser un objet à terre ; elle doit se mettre à genoux et le travail devient impossible. En mai la femme entre à l'hôpital Saint-Antoine.

A l'examen on constate au palper qu'il existe une tumeur ab-

dominale du volume de deux poings, remontant à l'ombilic, déviée à droite, sensible à la palpation, *immobile*, très dure, de consistance fibreuse. Le toucher révèle un col attiré haut. Le corps utérin ne se distingue pas de la tumeur sentie par le palper. Les culs-de-sac sont souples, non douloureux.

Opération. — Le 17 mai M. Faure opère la malade. Le ventre ouvert on arrive sur l'épiploon adhérent à la tumeur sous-jacente. Les adhérences sont molles, de date récente. A la tumeur adhèrent également sur une grande étendue, en haut, en arrière et à droite, des anses intestinales, l'appendice. Ces adhérences, aussi de date récente, se laissent facilement libérer. La tumeur dure, rénitente, légèrement bosselée, grisâtre, est constituée par un kyste de l'ovaire. Elle est ponctionnée après protection du péritoine. Il s'écoule un liquide filant avec grumeaux grisâtres, ressemblant à du mastic et rappelant le contenu des kystes dermoïdes. On va à la recherche du pédicule qui est tordu de près de deux tours de dehors en dedans. Section et ligature du pédicule. Toilette du péritoine. Suture de la paroi en deux plans. Pansement aseptique.

Les suites de l'opération furent simples. Ablation des fils le dixième jour. Exeat le vingtième jour.

Observation 27

Hardouin (*Bull. Soc. scient. et méd. de l'ouest*, Rennes, 1902, 3e trimestre : obs. I) (*résumée*).

Femme M..., 32 ans, domestique, entre à l'hôpital le 10 décembre 1901, dans le service de M. le professeur Dayot. Les antécédents héréditaires de la malade ne présentent pas d'inté-

rêt. Quant à elle, sa santé a toujours été excellente jusqu'alors. Paralysie faciale depuis l'âge de 6 ans.

Histoire de la maladie. — Il y a un an environ, elle remarqua que son ventre grossissait ; elle constata en même temps que cette grosseur augmentait un peu au moment de ses règles et que cette période s'accompagnait d'une sensation douloureuse de pesanteur au bas-ventre et de malaise. Ces douleurs débutaient deux ou trois jours avant les règles ; puis, une fois celles-ci terminées, tout rentrait dans l'ordre.

A l'examen, on trouve une tumeur faisant saillir le ventre en avant et ayant le volume d'une tête d'enfant. Pas de circulation veineuse supplémentaire. Pas d'œdème des membres inférieurs.

A la palpation, douleur vive dans tout l'abdomen. On reconnaît, cependant, une tumeur siégeant à l'hypogastre et remontant à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Elle est lisse, fluctuante mais sans donner la sensation de flot. Matité à la percussion.

Le toucher nous montre un col normal ainsi que l'utérus. Les culs-de-sac sont libres.

Réglée à 16 ans, elle a continué de l'être d'une façon normale jusqu'à maintenant. Les règles durent deux et trois jours en moyenne. Depuis le début de sa maladie, elle n'a remarqué aucun trouble de ce côté, sauf la douleur concomitante déjà signalée. Elle n'a jamais eu de leucorrhée ni d'hémorrhagie.

Tous les appareils semblent sains, sauf le cœur qui présente un léger bruit de souffle au premier temps.

Urine normale.

Opération, faite le 15 décembre 1901 par M. le professeur Dayot. Laparotomie. On tombe sur un kyste à paroi ecchymo-

tique, adhérent aux organes voisins. Ponction ; puis décortication de la tumeur qui contient 7 à 8 litres de liquide; torsion du pédicule. Ligature de ce dernier ; ablation du kyste et suture des adhérences qui saignent. Drainage et suture de la paroi en trois plans. Il s'agissait d'un kyste dermoïde.

Suites opératoires excellentes. Guérison.

Observation 28

Répin (*Thèse de doctorat*, 1892) (*résumée*).

Kyste dermoïde de l'ovaire contenant un embryon rudimentaire.

Femme âgée de 35 ans. Réglée à 12 ans, l'a toujours été régulièrement jusqu'ici. Mariée depuis trois ans, elle n'a eu ni grossesse ni fausse couche.

Six mois avant son mariage, elle ressentit des douleurs abdominales qui la forcèrent à garder le lit ; elle s'aperçut alors, pour la première fois, qu'elle portait une tumeur dans la fosse iliaque gauche. A plusieurs reprises, elle fut prise de douleurs nécessitant le repos au lit. Les règles n'ont pas été influencées. Elles sont peu abondantes.

La tumeur a le volume d'une tête de fœtus; elle est fluctuante. L'utérus est en rétroversion.

Il s'agit d'un kyste dermoïde de l'ovaire développé dans le ligament large ; adhérences. Le conduit de la trompe est perméable dans toute sa longueur. L'ovaire allongé transversalement est aplati et fixé au-dessus du pavillon de la trompe.

Le kyste contient une masse qui ressemble à un embryon et qui porte quatre dents.

Observation 29

Dr Pinaud (*Bull. Soc. anat.*, Paris, 1889) (*résumée*).

Femme de 38 ans, cuisinière.

Ventre ballonné, douloureux, spontanément et à la pression, surtout à gauche. Signes d'inflammation pelvienne évidente (fièvre, vomissements, diarrhée).

Réglée à 17 ans. Mariée à 19 ans.

Dans les premières années de son mariage, coups violents sur le ventre portés par le mari.

Cependant jusqu'à 27 ans, la menstruation est régulière et la malade n'accuse pas avoir éprouvé la moindre douleur permanente dans le bas-ventre. A cette époque, c'est-à-dire huit ans après le mariage, débute l'histoire pathologique de cette femme.

Elle devient enceinte (c'est d'ailleurs la seule grossesse qu'elle ait eue) et au sixième mois, elle avorte. Cet avortement se passa, paraît-il, assez bien; mais c'est à partir de ce moment que la malade commença à éprouver des troubles dans sa menstruation. Peu de temps après sa fausse couche, une douleur intense apparut dans le côté gauche du ventre, s'irradiant dans les reins et dans la cuisse gauche.

Souffrance spontanée, mais provoquée surtout par la marche; elle était accrue au moment des règles. En même temps, la menstruation devient profuse; les époques, plus rapprochées et plus abondantes, reparaissent tous les vingt et un jours.

Cet état persiste ainsi pendant plus d'un an. En 1881, c'est-à-dire dix-huit mois après sa fausse-couche, elle est prise d'ac-

cidents fébriles et de métrorrhagie ; elle entre alors à Saint-Antoine. Ponction. Guérison pendant deux ans.

Les douleurs réapparaissent et pendant ces cinq dernières années, elles ne discontinuent pas.

Vers la fin de juillet dernier, à la suite d'une époque menstruelle, elle est prise tout à coup d'accidents fébriles.

Deux mois après le début, le 8 octobre, elle entre à l'hôpital. Pas d'amaigrissement notable. Se plaint constamment.

Le ventre est très ballonné avec tumeur fluctuante à gauche. Palpation douloureuse. Affaiblissement de la malade.

Opération. — 2 l. 1/2 de liquide fétide. Adhérences très serrées. Poils. Opération incomplète.

L'ovaire droit est atteint d'ovarite chronique.

Observation 30

Cousin (*Thèse*, 1877, p. 114, obs. II) (*résumée*).

Kyste dermoïde uniloculaire de l'ovaire gauche; adhérences avec l'épiploon. Gastrotomie. Guérison (Péan, *inédite*).

Mme L..., 35 ans, a toujours été bien réglée et a eu deux bonnes grossesses. Menstruation régulière. Est atteinte depuis plusieurs années d'une tumeur abdominale n'occasionnant aucun trouble du côté des voies digestives ou respiratoires, mais gênant la circulation dans les membres inférieurs qui sont le siège de varices volumineuses et souvent douloureuses. Les jambes sont souvent atteintes de phlébites partielles qui condamnent la malade à un repos absolu. La tumeur s'est développée graduellement et par son volume actuel elle cause une constipation très opiniâtre.

Etat actuel. — Abdomen très distendu : la tumeur ne dépasse guère l'ombilic que de quatre travers de doigt. M. Péan croit qu'il s'agit d'une masse kystique très probablement développée dans la région ovarique gauche et non adhérente tout au moins par sa face inférieure.

Opération le 3 mars 1875. — Écoulement de matière sébacée (2 litres); faisceau de cheveux blonds. Une adhérence solide de la grandeur d'une pièce de 5 francs.

Suites bonnes.

Observation 31

Cousin (*Thèse*, 1877, p. 122; obs. IV) (*résumée*).

Kyste dermoïde uniloculaire gauche, adhérent, en avant, avec l'épiploon ; en arrière avec une anse intestinale. Gastrotomie. Guérison (Péan, *inédite*).

Mme R..., 33 ans, employée au théâtre de Ménilmontant, brune, assez grande, a toutes les apparences d'une bonne santé. A eu un enfant; pas de fausses couches. Menstruation assez irrégulière depuis quatre ans, époque où elle a senti la tumeur très petite, comme une orange; aucune douleur ; accroissement assez lent, sauf depuis six mois. La tumeur, sans cause connue, augmente rapidement et ses progrès sont très appréciables.

Etat actuel. — Ventre développé, comme dans la grossesse à la fin du septième mois, par une tumeur très globuleuse à surface lisse et unie.

L'utérus est indépendant de la tumeur. La vessie a été entraînée à droite.

Opération. — On retire 8 à 10 litres de liquide brunâtre; et

l'on trouve des adhérences molles et très vasculaires avec l'intestin.

La tumeur vient de l'ovaire gauche. La trompe correspondante lui est accolée; elle est normale. L'utérus et l'autre ovaire sont sains.

La face interne de la poche présente un bouquet de dents rangées dans une disposition curviligne comme elles le seraient sur une mâchoire d'enfant de 7 ans, puis des débris d'os plats.

Observation 32

Liégeois (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1869, p. 458) (*résumée*).

Kyste dermoïde purulent. Ovariotomie. Mort.

Jeune fille de 17 ans, menstruée à 15 ans; règles peu abondantes, mais régulières; elles font défaut depuis deux mois seulement. La tumeur qu'elle porte actuellement a été remarquée à 11 ans ; elle avait le volume d'un œuf de poule et était très mobile. Développement progressif de la tumeur qui n'avait causé aucune douleur jusqu'au 30 juillet dernier, jour où la malade fut prise, en descendant de son lit, d'un douleur très vive dans le bas-ventre, du côté droit, et qui lui arrachait des cris ; elle persista pendant un jour sans être accompagnée de mouvement fébrile, et ne disparut qu'au bout de huit jours.

Santé générale très bonne ; digestions régulières; miction et défection normales. Seulement il y a de la gêne notable de respiration quand le sujet marche ou travaille.

Examen le 17 septembre. Circonférence de l'abdomen, au niveau de l'ombilic, 91 centimètres. Membrane hymen intacte.

Un pus excessivement épais, crémeux, verdâtre et inodore s'écoule en abondance, en même temps que l'on trouve d'énormes touffes de poils agglutinés entre eux par une substance caséeuse.

Mort par péritonite généralisée au troisième jour.

Le poids de la pièce est de 4 kgr. 100.

Observation 33

Cousin (*Thèse*, p. 141, obs. XXIII) (*résumée*).

Kyste dermoïde de l'ovaire gauche. Grossesse intermittente. Mort due au choléra.

M. Decès montre un kyste pileux de l'ovaire recueilli sur une femme de 43 ans, entrée à l'hôpital Lariboisière au commencement du mois de juillet 1854.

Cette femme était encore bien réglée; elle est mère de plusieurs enfants et son dernier accouchement eut lieu il y a huit mois.

Trois mois avant cette dernière grossesse, la malade s'aperçut d'une tumeur siégeant dans le flanc gauche ; néanmoins la grossesse suivit régulièrement son cours et se termina heureusement. Depuis, la tumeur n'a pas cessé d'augmenter et est arrivée à un développement considérable. Les règles ont repris leur cours normal.

Au palper on sent très distinctement un corps solide qui finit sous le doigt, s'éloigne, puis revient le frapper.

Rien au toucher vaginal.

La malade est prise du choléra et succombe le 23 juillet.

Il s'agit d'un kyste ayant quelques adhérences à l'épiploon, et

présentant dans sa circonférence horizontalement 0,95 et verticalement 0,86 dans un sens, et 0,74 dans l'autre.

Il est situé à gauche de l'utérus auquel il tient par un cordon qui a l'apparence d'une trompe ; on ne trouve pas d'ovaire de ce côté. L'utérus, la trompe et l'ovaire droits sont sains.

Le kyste est rempli par 10 litres de liquide un peu fétide, dans lequel nagent des masses contenant des poils et quelques petits fragments d'os, comme de petites écailles.

Observation 34

Terrier (*Bull. Soc. de chir.*, 1875, p. 195) (*résumée*).

Kyste dermoïde de l'ovaire droit. Ovariotomie. Guérison.

Catherine M..., 38 ans, ne présente aucun autre antécédent à noter, qu'une couche, il y a quinze ans. Depuis ses règles ont été normales.

Il y a dix mois, apparition d'une petite tumeur mobile dans la fosse iliaque droite, accompagnée de vives douleurs, qui cessèrent bientôt pour revenir quatre mois après. Ces douleurs étaient exaspérées par la moindre fatigue et l'apparition des règles. Dans quelques cas, ces phénomènes douloureux s'accompagnaient de météorisme, sans fièvre, ni phénomènes de péritonite.

La malade entre le 22 septembre 1874 dans le service du Dr Lépine où je l'examinai quelques jours après.

Douleurs vives à gauche. Pas de fluctuation.

Utérus mobile, indépendant de la tumeur.

Pas d'œdème des membres inférieurs; pas d'ascite, pas de dilatation des veines sous-cutanées abdominales.

Sauf les douleurs signalées, toutes les fonctions sont normales.

Ponction : liquide louche et granuleux, puis grumeleux, épais, d'un blanc grisâtre, avec un poil.

Le 14 octobre. — Disparition des règles sans douleurs vives.

Le 9 novembre. — Nouvelles règles avec douleurs abdominales.

Opération le 18 novembre 1874.

Il s'agit d'un kyste à poche unique, du volume d'une tête d'adulte, avec de la matière sébacée et des poils.

Observation 35

Th. Auger (*Gaz heb.*, 1874, p. 387) (*résumée*).

Kyste dermoïde de l'ovaire, non pédiculisé. Gastrotomie. Guérison.

La malade a 18 ans. Sept mois auparavant elle a commencé a éprouver des difficultés pour uriner avec de vives douleurs au moment de la miction. Bientôt les douleurs se sont irradiées, en dehors même de la miction dans les flancs de la région rénale droite, vers l'aine et la matrice. Constipation opiniâtre ; menstruation régulière, sensibilité considérable de l'hypogastre.

Le 8 février 1874 M. Leroy, appelé pour obvier à une rétention d'urine, reconnaît la présence d'une tumeur abdominale.

Th. Auger est appelé à voir la malade, le diagnostic porté est : kyste dermoïde développé dans le petit bassin et siégeant probablement dans le ligament large. M. Auger fondait son diagnostic sur la nature du liquide recueilli par ponction. Quant au

siège ce ne pouvait être, dit l'observateur, l'utérus, puisque la malade était vierge et que les règles revenaient régulièrement. On pouvait éliminer les pelvi-péritonites enkystées et les tumeurs fibro-cystiques dont le contenu ne répond pas aux cellules épithéliales et aux vésicules de graisse obtenues par la ponction. La même objection ne pouvait être faite à l'hypothèse d'une grossesse extra-utérine ou d'un kyste ovarique, ces tumeurs pouvant contenir des éléments épithéliaux et graisseux et se développer sans troubles notables de la menstruation.

L'ensemble de la tumeur remontait jusqu'à l'ombilic.

Fluctuation manifeste, mais profonde.

Souffrances intolérables.

L'opération est effectuée le 27 février 1874. Aucune adhérence ne paraît exister ; à gauche de la ligne médiane, on retrouve l'utérus qui fait corps avec la tumeur. Cette dernière apparaît coiffée d'un lacis vasculaire que M. Auger reconnaît être le feuillet antérieur du ligament large.

Vers le sommet du kyste se trouve la trompe et un cordon arrondi qu'on pourrait prendre pour le ligament de l'ovaire ; mais ce dernier organe n'était pas reconnaissable.

La tumeur n'avait pas de pédicule proprement dit, elle recevait ses vaisseaux de la trompe et probablement de l'ovaire. Sur divers points de la surface interne du sac se trouvent des plaques blanches et crétacées, ce sont les couches épithéliales de la peau envahies par des dépôts calcaires.

Observation 36

Mahot. (*Bull. Soc. anat.*, Paris, 1867, p. 102) (*résumée*).

Kyste pileux de l'ovaire gauche ; accroissement progressif ; ponctions répétées ; mort ; autopsie.

Jeune fille de 21 ans, présentant une tumeur abdominale qui fut remarquée pour la première fois à l'âge de 11 ans ; mais qui s'accrut toujours surtout depuis l'âge de 15 ans.

N'a jamais été menstruée.

Ponction ayant donné issue à 6 litres de liquide et amenant un soulagement pendant six mois.

Mais la tumeur reprit ses proportions. Puis amaigrissement, cachexie et mort.

Il s'agit d'un kyste dermoïde multiloculaire, très volumineux.

A l'autopsie, sur l'ovaire il a été impossible de découvrir aucune cicatrice : ce qui est en rapport avec l'absence de menstruation chez cette jeune fille.

Observation 37

Rendu (*Lyon Médical*, 1878).

Kyste dermoïde de l'ovaire, diagnostiqué : opération. Guérison. Réunion de la plaie par première intention.

Catherine V..., célibataire, 27 ans, dévideuse à Lyon, entre le 22 mars 1878, dans le service de gynécologie.

Cette malade dont la menstruation est régulière, a fait en 1873, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, deux séjours plus ou moins pro-

longés pour une petite tumeur (poire) dure, indolente, hypogastrique et médiane qui depuis lors n'a jamais disparu. Elle devint pour la première fois enceinte et accoucha en 1875 d'un gros enfant bien conformé. Vingt heures de grosses douleurs. Sept semaines de pertes rouges consécutives à l'accouchement.

En 1877, séjour de six semaines à l'hôpital de la Croix-Rousse. Au mois d'octobre de la même année, apparurent des vomissements bilieux et alimentaires, immédiatement après les repas, vomissements qui, depuis lors, se sont reproduits quotidiennement. La menstruation, un instant suspendue (d'octobre 1877 à février 1878), a continué à être normale. Cette malade ressentait de temps en temps, depuis 1873, de petites douleurs dans le ventre ; mais depuis le commencement de 1878, ces douleurs sont devenues plus aiguës en même temps que le bas-ventre prenait un développement plus manifeste. Depuis cette dernière époque, elle est aussi sujette pendant trois ou quatre jours à ces accès ressemblant à de la péritonite aiguë partielle, accès caractérisés par des douleurs très violentes dans l'abdomen qui ne peut alors souffrir le moindre contact, par des vomissements bilieux et par de la fièvre.

La tumeur occupe l hypogastre, remontant environ à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic, siégeant sur la ligne médiane, mais empiétant cependant un peu plus à droite qu'à gauche. Irrégulièrement sphérique, elle est ferme, sauf en un point, où elle est douloureuse à la pression et semble faire corps avec l'utérus.

On fit une ponction exploratrice qui permit de poser le diagnostic de kyste dermoïde.

Opération le 18 juin. — Adhérences à l'épiploon. Le pédicule

est constitué par la trompe de Fallope puisque l'autre a cédé sous les pinces.

Le kyste a le volume et à peu près la forme d'un cœur de bœuf hypertrophié; il est divisé par des cloisons en trois loges : deux supérieures et une inférieure contenant de la matière sébacée et des cheveux blonds. Dans l'épaisseur de la paroi, on trouve des dents.

Les suites opératoires furent bonnes. Les règles sont revenues le 22, devançant de huit jours leur époque habituelle (ce qui lui arrive très rarement). Elles sont d'une coloration noirâtre et répandent une odeur infecte, particularité que la malade n'avait pas observée jusqu'ici.

Revue en octobre. Les règles sont venues en juillet et en août, moins abondantes qu'avant l'opération.

E. — Parovariens.

Observation 38 (*personnelle*).

Recueillie grâce à la bienveillance de M. Pozzi.

Mme R..., 39 ans, cuisinière, est entrée le 7 mai 1903, dans le service de M. le professeur Pozzi, à Broca, pour se faire opérer d'une tumeur abdominale.

C'est au cours d'une grossesse en 1896, qu'elle éprouva pour la première fois, dans le côté gauche du ventre, une douleur qu'elle n'avait point encore ressentie.

Pas d'antécédents pathologiques personnels ni héréditaires. Son état général avait toujours été bon.

Réglée à 17 ans, ses règles duraient quatre ou cinq jours, sans douleurs. Le sang était rouge, sans caillots. Quelquefois

un peu de pertes blanches après les règles surtout lorsqu'elle avait éprouvé de la fatigue.

Elles n'étaient jamais régulières; elle voyait tous les trois ou quatre mois et il en fut ainsi jusqu'à la naissance de sa première petite fille.

Les règles absentes n'étaient pas remplacées par une recrudescence de pertes blanches.

Lors de l'absence des règles, elle éprouvait, à la date à laquelle elles auraient dû se produire, des douleurs de reins, de côté, etc., comme lorsqu'elles venaient.

La première année de leur instauration, elle n'avait ressenti aucune douleur au moment des règles, mais à partir de la deuxième année, les règles devinrent douloureuses.

A 23 ans, elle eut une petite fille. La grossesse avait été normale. L'accouchement spontané à terme. Pas d'hémorrhagie. Elle reprit ses habitudes quinze jours après.

Elle revit ses règles six semaines environ après l'accouchement, comme auparavant et tout aussi douloureuses. Toutefois depuis cette date, elles furent beaucoup plus régulières. Elle vit douze fois par an, mais ses règles ne venaient jamais à date fixe. Tantôt elles étaient en avance, tantôt en retard.

Elles duraient également quatre jours et s'accompagnaient des mêmes douleurs qu'auparavant.

Six ans après, elle eut une autre petite fille (1896). L'accouchement fut normal, spontané à terme. Pas d'hémorrhagie. Elle reprit ses habitudes vingt et un jours après ; mais la grossesse avait présenté quelque chose de particulier.

Elle était enceinte de six mois, quand elle eut à la suite de fatigue une menace de fausse couche qui put être enrayée.

Depuis cette date elle éprouva pendant tout le reste de sa

grossesse une douleur abdominale très vive qu'elle n'avait point ressentie pendant sa première grossesse. Cette douleur était surtout localisée à gauche. Malgré cela sa grossesse alla jusqu'à terme.

Après son accouchement, elle remarqua que son ventre était resté plus gros que la première fois. Il conserva ce volume, que la malade elle-même jugeait anormal, jusqu'en janvier 1903. Peut-être augmenta-t il un peu, mais sans grande exagération.

Pendant ce temps, les douleurs devenaient plus violentes. Ces douleurs étaient surtout vives au moment des règles, quand la malade faisait un mouvement brusque ou se couchait sur le dos. Elle était obligée de se coucher sur le côté malade, à gauche, par conséquent, pour éprouver un peu de soulagement.

A partir du mois de janvier 1903 (six mois avant son entrée à l'hôpital), le ventre prit un développement considérable et les douleurs augmentant encore la décidèrent à entrer à Broca.

A son entrée à l'hôpital, la malade qui est de taille au-dessus de la moyenne, vigoureuse, ne présente rien de particulier au point de vue de l'état général qui est resté bon. Elle est très fatiguée et se plaint de vives douleurs abdominales.

Abdomen augmenté de volume. Vergetures anciennes. Circulation veineuse exagérée.

Tumeur rénitente, un peu fluctuante, remontant à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Matité partout sauf dans le flanc droit où il existe une zone quelque peu sonore.

Au toucher, col semble très remonté, incliné d'avant en arrière, ne présentant par ailleurs rien de spécial.

Les culs-de sac, surtout le gauche, sont effacés. Dans celui-ci on sent un empâtement considérable.

Les règles se sont produites jusqu'ici, semblables à elles-mêmes, douze fois par an, mais avec irrégularité (avance ou retard).

Fréquentes envies d'uriner. Par ailleurs, rien d'anormal.

Elle fut opérée le 14 mai 1903 par M. Pozzi. Il s'agissait d'un kyste intraligamentaire hyalin gauche uniloculaire ; l'ovaire droit était kystique et œdémateux.

Laparatomie et énucléation du kyste, respectant les annexes gauches. Ablation des annexes droites.

Le kyste du ligament large est très saillant à l'intérieur sur le bord libre et n'est intraligamentaire que par sa base. Il a le volume de la tête d'un enfant d'un an.

Enucléation facile.

Surjet du ligament large en capitonnant la profondeur sans aucune excision.

Trompe saine à petits kystes folliculaires. On la conserve.

A droite, ovaire double du volume normal, avec grand kyste folliculaire (amande verte) et nombreux kystes miliaires. Trompe saine. Ablation.

Utérus, gros varicocèle tubo-ovarien.

Le kyste était à paroi très mince et fut enlevé d'une seule pièce.

L'ovaire droit était totalement dégénéré, œdémateux, violacé.

Le gros kyste folliculaire avait un contenu séreux.

Nous avons revu cette malade en août 1906. Elle nous dit qu'elle avait revu ses règles un mois après l'opération. Elles étaient revenues avec les mêmes douleurs qu'auparavant et

duraient quatre jours également. Elles s'accompagnaient souvent de pertes blanches comme autrefois.

Depuis l'opération, les règles sont plutôt en avance (parfois de 15 jours) tandis qu'autrefois il y avait avance et retard.

État général bon.

Observation 39

Due à l'obligeance de M. Terrier.

Louise T..., 45 ans, cuisinière, est entrée, au mois de février 1906, à la Pitié, dans le service de M. le professeur Terrier, pour douleur abdominale s'accompagnant de troubles menstruels.

Antécédents héréditaires. — Parents morts âgés. Dix frères et sœurs bien portants.

Antécédents personnels. — A toujours été bien portante jusqu'à 17 ans. A cette époque, elle fut soignée, à la Pitié, pour phlébite et fut assez souffrante pendant deux mois. Depuis, elle avait de fortes migraines qui survenaient tous les quinze jours environ; elles ont cessé il y a environ cinq ans. Il y a un an, elle a eu une congestion pulmonaire qui l'a forcée à garder le lit pendant un mois. Pas de constipation.

Réglée à 13 ans, ses règles duraient cinq jours : elles étaient peu abondantes, sans douleurs et sans pertes blanches les accompagnant ou dans leur intervalle. Depuis, elles sont toujours revenues régulièrement.

Elle a eu une grossesse normale qui se termina par un accouchement normal à terme ; cet enfant est mort à 6 mois d'une affection pulmonaire.

Pas de fausse couche.

Il y a deux ans (en 1901), règles irrégulières ne survenant que toutes les six semaines et durant parfois dix jours.

Depuis un an, les règles sont pas fréquentes ; elles durent une dizaine de jours et ne sont plus douloureuses. Elles augmentent, de plus en plus, en durée et en quantité.

Il y a quatre mois environ, il a semblé à la malade que son ventre augmentait de volume de jour en jour.

Le 22 janvier. — Une douleur lancinante siégeant à gauche du ventre, la réveille au milieu de la nuit et la tient éveillée jusqu'au matin. Un médecin appelé calme un peu les douleurs. Trois jours après, continuant à souffrir et ne pouvant faire aucun mouvement dans son lit, elle entre à l'hôpital.

État actuel. — La malade souffre, d'une façon constante, de douleurs abdominales siégeant surtout à gauche ; douleurs continues, mais à certains moments elles sont plus vives. Pas de troubles vésicaux. Un peu de constipation. Pas de troubles nerveux de compression. Le ventre est très augmenté de volume, mais d'une façon égale partout ; pas de vergetures. On observe une circulation complémentaire au niveau des fosses iliaques externes et des varicosités sous-cutanées.

A la palpation, on trouve une tumeur rénitente, non bosselée, avec une zône de matité dont la limite suit une courbe à concavité supérieure passant par l'ombilic. Sensation de flot.

Au toucher, le col est effacé.

Examen des urines (25 janvier) : quantité : 600 centimètres cubes ; urée : 49,40 par litre.

Opération faite le 3 février par M. le professeur Terrier. Mise à découvert d'un volumineux kyste de l'ovaire ; kyste parovarien très hémorrhagique, à pédicule tordu, présentant trois

tours de torsion, le plus inférieur étant particulièrement serré dans le sens des aiguilles d'une montre. Le kyste est ponctionné ; il en sort 2 litres de liquide hémorragique, de couleur noirâtre, assez épais.

Le kyste est libéré de quelques adhérences qui l'attachent à l'épiploon et à l'intestin, particulièrement à l'S iliaque.

Observation 40

Mouchotte (*Bull. Soc. anat. de Paris*, juin 1902, obs. III).

Kyste parovarique droit à pédicule tordu.

P. J..., 27 ans, domestique.

Mère morte tuberculeuse. Père mort d'un cancer de la lèvre. Quatre frères et sœurs bien portants.

Convulsions à 18 mois. Réglée à 15 ans. Les règles ont toujours été régulières, non douloureuses, durant trois jours.

A 17 ans P. J..., au quatrième mois d'une grossesse, fait une fausse couche. Les suites furent physiologiques. Pas d'autre grossesse.

Trois mois après la fausse couche apparaissent des pertes blanches. Mais celles-ci ne se manifestent que deux ou trois jours avant les règles.

En octobre 1900, P. J... ressent des douleurs dans tout le bas-ventre. Les douleurs n'ont pas de prédominance dans un côté ; elles sont légères, n'empêchent pas le travail ; elles ne sont pas accompagnées de pertes ni blanches ni rouges, pas plus que de constipation ni de vomissements ; elles durent trois ou quatre jours chaque fois et se reproduisent tous les quinze

jours d'octobre 1900 à février 1901 ; leur apparition est sans rapport avec celle des règles.

En février 1901 P. J... a d abondantes pertes jaunes épaisses, la fin de la miction est cuisante, les urines sont troubles; il y a des douleurs fortes, lancinantes, sans irradiations dans les aines. P. J... se repose, prend des tisanes de queue de cerise et de chiendent, pas d'injection. En quinze jours les phénomènes douloureux disparaissent; bientôt les pertes cessent.

Au début de mars 1901 — deux ou trois jours avant les règles — P. J..., en s'habillant, constate qu'elle a une grosseur dans le côté *droit* du ventre. Cette grosseur, qu'elle évalue au volume d'un œuf de poule, ne détermine aucune douleur; elle est seulement *sensible à la pression;* elle siège à égale distance de l'arcade de Fallope et de l'ombilic.

Les règles qui suivirent cette constatation furent, pour la première fois, moins abondantes que d'ordinaire, plus pâles, roses, et durèrent seulement un jour et une nuit.

Jusqu'en juin 1901, les règles demeurèrent diminuées d'intensité et de durée. La grosseur augmenta peu à peu, sans douleur.

En juin 1901, brusquement, en une nuit, le pied gauche enfle, devient sensible. P. J...doit quitter son travail et se reposer trois mois : la douleur et le gonflement s'accusent par la marche. Au bout de trois mois elle peut reprendre ses occupations. Mais en janvier 1902 les deux pieds se tuméfient ; les malléoles sont douloureuses à leur partie interne. Pas de varices. Pas d'œdème des jambes. P. J... doit quitter de nouveau son travail et se reposer tout le mois de février.

Depuis le mois de juin 1901 la tumeur a augmenté progressivement de volume, lentement il est vrai. Elle devient plus

sensible à la palpation trois ou quatre jours avant chaque période menstruelle. A ce moment son volume s'accroît encore pour diminuer un peu huit jours après la fin des règles.

Les pieds, désenflés en fin février, s'œdématient à nouveau en mars lorsque la femme reprend ses occupations. En avril, au moment des règles, la tuméfaction augmente cette fois beaucoup plus que de coutume. La malade se décide à consulter un médecin qui déclare une intervention nécessaire.

La malade entre à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Monod remplacé par M. Faure, le 23 avril 1902.

A l'examen on constate que le ventre est asymétrique ; à droite et au-dessous de l'ombilic la paroi présente une légère voussure. La palpation révèle à ce niveau une tumeur arrondie supérieurement, dont la paroi inférieure ne peut être limitée, molle, fluctuante, sensible à la palpation, mate à la percussion.

Le toucher montre que l'utérus est dévié à gauche et en avant; le col est appliqué contre la symphyse. Les culs-de-sac postérieur et droit sont occupés par une masse arrondie, fluctuante, souple, seulement sensible, en connexion étroite avec l'utérus, immobile. Cette masse, aux toucher et palper combinés, paraît être la continuation de la saillie abdominale. Du reste doigts vaginaux et main abdominale se renvoient le flot liquide. On porte le diagnostic de kyste du ligament large.

Rétrécissement mitral.

Opération. — Le 6 mai, notre maître M. Faure opère la malade. Laparotomie. Position déclive. On arrive sur un kyste du ligament large. Ce kyste a une paroi mince, presque transparente, bleutée. Il s'est développé dans le ligament large du côté droit. Il a soulevé le feuillet antérieur du ligament large, se pédiculisant, a tordu son pédicule d'un tour, basculé par-dessus l'aile-

ron tubo-utérin, en dedans de l'ovaire correspondant qui est scléreux et s'est prolabé dans le cavum rétro-utérin où il s'est fixé par des adhérences à la face postérieure de l'utérus et au rectum. Le kyste ne peut d'abord être énucléé : il est ponctionné. Le liquide qui s'écoule est limpide, clair comme de l'eau. Le kyste vidé est libéré de ses adhérences, puis enlevé avec la trompe et l'ovaire. L'ovaire et la trompe du côté opposé sont sains. Surjet péritonéal. Enucléation de deux petits fibromes utérins. Fermeture de la paroi en trois plans. Suites simples. La malade sort complètement guérie vingt jours après l'opération.

F). — Tumeurs kystiques

Observation 41

Debuchy (*Thèse*, 1900, p. 39 ; obs. V).

Dégénérescence sarcomateuse d'un kyste dermoïde avec noyaux métastatiques dans le péritoine et le foie (résumée).

Le 29 mars 1899, entrait dans le service du professeur Duret, Mme F. A... âgée de 22 ans, télégraphiste, porteuse d'une tumeur abdominale.

De constitution délicate, la malade, depuis l'âge de 13 ans, époque de sa formation, avait présenté à plusieurs reprises et chaque fois durant trois ou six mois, un arrêt complet de la menstruation. Depuis un an environ les pertes blanches étaient devenues très abondantes ; les règles étaient toujours en avance mais sans modification dans leur durée.

Il y a six mois, à l'occasion d'une miction, parait-il, elle ressent

une douleur vive et subite dans le flanc droit et pendant cinq semaines elle souffre constamment de ce côté. Puis les douleurs s'atténuent quelques jours pour reprendre et ne plus la quitter. Les fatigues, les moindres efforts accentuent les phénomènes douloureux et forcent bientôt la malade à délaisser tout travail.

Les irradiations nerveuses occupent le flanc droit et la cuisse droite ; le côté gauche reste indemne.

Selles toujours régulières et normales ; mictions parfois douloureuses. L'examen fait le 31 mars, montre un ventre ballonné dans la portion sous-ombilicale ; son volume est celui d'une femme au sixième mois de sa grossesse.

On porte diagnostic de tumeur solide de l'ovaire pour différentes raisons ; et la malade ayant eu ses règles le 15 mars, on décide une intervention

Opération le 1er avril 1899. Il s'agit d'un kyste volumineux développé aux dépens de l'ovaire droit.... Fines adhérences. Le kyste, complètement dégagé, apparaît pédiculé.

Les suites opératoires furent excellentes.

Trois semaines après, elle sort en excellent état.

... Il s'agit, dans ce cas, d'un kyste dermoïde assez complexe.

Observation 42

Debuchy. Obs. XII *Thèse*, 1900, p. 57

(Dr Henry Masson. Service de M. Pr Poncet).

Epithélioma pavimenteux greffé sur un kyste dermoïde (résumée).

C..., Marie, 53 ans, entre chez M. Poncet, le 1er juin 1896 pour y être opérée d'une tumeur. Quoique d'un aspect un peu

sénile elle est pourtant encore vigoureuse et n'accuse dans ses antécédents aucune affection sérieuse avant celle qui l'amène à l'hôpital.

Mariée, elle eut une grossesse normale, terminée par un accouchement des plus simples ; fils vivant et en bonne santé. *Il y a trois ans*, la ménopause s'est produite sans incident, sans que l'écoulement sanguin ait présenté des caractères spéciaux d'abondance ou d'altération pendant les mois qui précédèrent la suppression des règles.

Il y a quatre ans, la malade commença à ressentir de la pesanteur dans la fosse iliaque gauche, sans tumeur appréciable et sans aucun trouble du côté de l'intestin ou des organes génitaux urinaires. Jusqu'en décembre dernier les phénomènes persistèrent sans modification notable, avec des intervalles d'accalmie absolument irréguliers. C'est à cette époque que la malade s'aperçut de la présence d'une grosseur dans la fosse iliaque gauche ; progressivement depuis, les dimensions de l'abdomen allèrent en s'accroissant, en même temps que le ventre devenait plus lourd, plus douloureux spontanément à la palpation. Depuis un mois, constipation opiniâtre.

... Utérus antéfléchi.

Le diagnostic posé est celui de tumeur kystique de l'ovaire ; probablement kyste dermoïde à cause des douleurs accusées par la malade.

Le 4 juin, opération par M. Poncet. On trouve quelques adhérences.

Suites excellentes.

Examen : Masse développée aux dépens de l'ovaire gauche dont on ne voit pas d'autre vestige.

Dimensions d'une tête d'enfant, contours arrondis; la surface

externe présente quelques bosselures et de petites végétations, de nature probablement épithéliale.

Liquide café au lait : 1.200 centimètres cubes.

Poche uniloculaire.

La paroi présentait un point épaissi ; si on l'examine, on trouve surface tomenteuse dure, de 5 à 6 centimètres de diamètre, qui a une consistance fibreuse. C'est dans la région correspondant à cette altération de la paroi interne que l'on trouve aussi, sur la paroi externe, des productions exubérantes, d'aspect néoplasique.

Il s'agit là certainement d'une dégénérescence épithélioma-teuse. Donc on doit être en présence d'une vieille poche de kyste dermoïde ayant subi une dégénérescence épithéliale partielle et récente, peut-être aussi d'une inflammation d'origine microbienne. La nature dermoïde est affirmée par la présence dans le liquide d'une masse de poils blonds de 5 centimètres de long.

Observation 43

Biermann (*Prager Medicinische Wochenschrift*, 1885).
(Cité in: Thèse Debuchy, 1899, p. 79, obs. XXX.)
Dégénérescence sarcomateuse d'un kyste dermoïde.
Pas de généralisation (résumée).

Femme âgée de 30 ans, ayant eu une santé parfaite jusqu'à l'âge de 22 ans, où elle s'aperçut d'une tumeur abdominale dont elle fait remonter l'origine à une chute sur le côté droit. Quelques semaines après cette chute, qui n'avait causé aucune lésion, elle remarqua, pour la première fois, dans l'hypocondre droit,

une tumeur arrondie, mobile, de la grosseur d'un œuf de poule, qui s'était développée lentement, sans causer autre chose que quelques fatigues passagères.

Depuis trois ans, étaient survenues, à plusieurs reprises, des nausées avec de la fièvre et des douleurs dans l'abdomen; depuis ce moment, la malade, après chaque marche un peu longue, se plaignait de faiblesse et de dyspnée.

Les règles étaient régulières, revenant toutes les quatre semaines.

Opération, guérison.

La tumeur pesait 2.640 kilogrammes; et avait le volume d'une tête d'adulte. Elle était formée de plusieurs kystes remplis de liquide huileux et d'un kyste dans lequel on trouve des cheveux, avec dégénérescence sarcomateuse.

Observation 44

Pozzi. *Kyste de l'ovaire droit avec tumeur végétante située à la base du pédicule. Ascite. Ovariotomie. Mort.*

(In : Thèse de Cazenave, Obs. I) (*Résumée*).

Br..., Thérèse, 22 ans, mécanicienne. Rien de particulier dans ses antécédents héréditaires. Réglée à 11 ans, les menstrues sont régulières. Mariée à 19 ans. Pas de grossesse, ni de fausses couches.

Il y a deux ans la malade a ressenti dans le bas-ventre des douleurs assez vives. Le 12 mars 1885, on pratique une ponction qui donne issue à 4 litres de liquide citrin. En mars 1886 elle entre à l'hôpital. Les règles sont toujours régulières, mais très douloureuses. Les règles exaspèrent ces douleurs qui sont lancinantes, continues; la marche et les mouvements les réveil-

lent également. Il est intéressant de voir que pendant les deux ou trois jours que durent les pertes menstruelles, les douleurs disparaissaient complètement pour reparaître ensuite.

A l'opération, il s'écoule 1 l. 1/2 de liquide ascitique. Le kyste est ponctionné et laisse échapper 2 l. 1/2 d'un liquide citrin, un peu opalescent. La poche est sessile, largement adhérente au bord du ligament large. La trompe est étalée sur sa paroi supérieure. A la base de cette tumeur reposant sur le péritoine pelvien qui tapisse la face postérieure du ligament large, il existe une grosse masse papillaire du volume des deux poings. Cette masse est très friable et contient des parties calcaires. L'ovaire gauche est sain. Plusieurs anses intestinales offrent un aspect réticulé et chagriné comme dans la péritonite chronique.

La poche enlevée est uniloculaire. Il existe en un point, un amas de végétations de la largeur d'une pièce de 1 franc. L'aspect de la masse papillaire rappelle assez exactement la surface d'un chou-fleur. Par endroits elle simule le frai de grenouille.

La malade meurt avec des signes de péritonite.

Cette tumeur s'est vraisemblablement développée aux dépens du parovaire.

Observation 45

Souligoux (*Bull. Soc. anat.*, Paris, 1892, p. 142).

Épithélioma diffus avec évolution graisseuse des cellules greffé sur un kyste dermoïde (résumée).

La nommée Br..., âgée de 28 ans, réglée à 14 ans, est entrée salle Roy. Mariée à 18 ans, elle a toujours été bien réglée. Des

trois enfants qu'elle a eus, deux sont morts; son dernier accouchement date de quatre ans. Il y a six mois, avortement de deux mois environ.

Les douleurs que cette femme éprouve datent de sa deuxième grossesse, il y a sept ans; son accouchement fut normal. Trois ans après, nouvelle et dernière grossesse. Mais quatre jours après ses couches, cette femme eut de la fièvre, des douleurs vives et des vomissements ; elle resta six semaines au lit. Au bout de deux mois, sa santé fut complètement rétablie. Elle ne souffrait pas et n'avait même pas de leucorrhée. A la suite de l'avortement il y a six mois, nouvel accès de fièvre ; mais néanmoins, elle s'est levée au bout de cinq jours.

Depuis cette époque, elle a continuellement souffert, non seulement dans l'abdomen, mais aussi dans la cuisse droite. Cette femme paraît jouir d'une excellente santé: constipation ordinaire.

A l'examen, on trouve une tumeur dure, bosselée, située dans le cul-de-sac postérieur, indépendante de l'utérus, et enclavée dans le Douglas ; son volume est celui d'un œuf d'autruche. Du côté opposé, l'ovaire est kystique.

La tumeur est formée par une quantité de petites poches contenant un liquide huileux. Dans la plus volumineuse de ces poches, existe un amas sébacé considérable avec des poils blonds. En certains points, la paroi se rapproche du stroma ovarien normal, et l'on distingue, très près de la surface, un grand nombre d'ovules, petits, sur une couche granuleuse bien développée. Sur une coupe on trouve même un ovisac en voie de maturité, ayant, en son centre, l'ovule entouré par des cellules de la granuleuse. Ainsi donc, l'ovaire, si dégénéré en apparence, a conservé, en certains points, sa structure normale.

Observation 46

Knowsley Thornton (*Med. Times and Gaz.*, t. I, p. 213).
Rupture of cyst without peritoneal infection.
Citée *in* Gundelach. *Th.* 1887, obs. II (*résumée*).

Une femme, âgée de 35 ans, mère d'un enfant de 3 ans, vint consulter en juillet 1876.

Elle s'était aperçue d'une augmentation de volume de son ventre aussitôt après son accouchement, depuis, l'accroissement avait été progressif ; les règles n'avaient pas reparu (elle avait nourri son enfant 18 mois).

A l'examen du ventre : ascite considérable et tumeur de l'ovaire. Ponction et issue de 33 pintes de liquide citrin. Ce liquide, examiné au microscope, contenait des cellules isolées ou réunies en amas, en groupes.

Diagnostic. — Rupture d'un kyste de l'ovaire. Ovariotomie. Kyste multiloculaire de 23 livres. La surface présentait de petites tumeurs papillomateuses pédiculées. Guérison.

Observation 47

Cysto-carcinome de l'ovaire, généralisation au péritoine. Ascite abondante. Ponctions multiples. Mort par embolie pulmonaire.
(*In* : Gundelach. *Thèse*, 1887, obs. XVII.)

La nommée Vash..., 41 ans, entrée en 1883 le 22 mars dans le service de M. Terrier.

Réglée à 15 ans, ses règles se sont toujours montrées régulières. Bonne santé habituelle.

Variole peu grave en 1871, et c'est tout.

Début de la maladie, il y a deux ans et demi par accroissement du ventre. Chagrins. Insomnies. Anorexie.

Depuis décembre 1882, développement plus rapide.

En mars 1903, ponction ; 500 grammes liquide semblable à de l'urine.

Le 17. — Règles ; aussitôt le ventre a recommencé à grossir. Il est devenu rapidement dur et tendu.

Jusqu'à la ponction, ce qui l'avait surtout incommodée, c'est le volume de son ventre. Depuis, elle éprouve des douleurs vives en ceinture.

Plusieurs ponctions furent encore faites ; puis elle mourut le 16.

Le liquide était jaune citrin avec quelques flocons fibrineux.

A l'autopsie, on trouve le petit bassin rempli par une masse molle, grisâtre, mamelonnée, en forme de choux-fleurs, au milieu de laquelle les organes pelviens sont ou perdus ou emprisonnés.

L'épiploon, épaissi, contient un grand nombre de tumeurs molles d'aspect encéphaloïde.

Le péritoine pariétal présente des tumeurs molles de la grosseur d'un pois ou d'une lentille.

Utérus, ovaire gauche, vessie sain.

L'ovaire droit présente, à sa partie supérieure, un kyste du volume d'une petite mandarine et contenant un liquide ressemblant à de la mayonnaise tournée. A côté de ce kyste on trouve une petite poche kystique remplie de liquide verdâtre. Embolie des veines pulmonaires.

Observation 48

Pozzi. *Cysto-épithélioma inclus dans le ligament large gauche, végétations papillaires de la surface externe. Ovariotomie. Drainage capillaire. Guérison. Récidive au bout de sept ans. Nouvelle intervention. Mort.*

(In thèse de Cazenave. Obs. II.) (*Résumée.*)

Delphine Ch..., 35 ans. Réglée à 15 ans, régulièrement dès le début, elle est encore actuellement bien réglée. En 1878, elle eut une grossesse terminée par un accouchement à terme. Cette grossesse fut pénible.

La malade fait remonter à deux ans le début de sa maladie (1883). En août 1887, crises douloureuses dans le ventre avec irradiations dans les aines, pendant huit à dix jours.

A son entrée (octobre 1887) la malade présente un bon état général.

A l'opération, la tumeur qui est fluctuante est ponctionnée ; on en retire trois quarts de litre d'un liquide visqueux, jaunâtre et contenant manifestement du pus.

Il s'agit d'un kyste multiloculaire inclus dans le ligament large du côté gauche, avec adhérences nombreuses.

Il existait un kyste principal à la base duquel se trouvaient d'autres kystes de la grosseur d'un œuf de poule. Sur tous ces kystes on observe des végétations en choux-fleurs. Guérison.

Récidive sept ans après. Elle entre à nouveau en décembre 1894. Depuis sept mois les douleurs sont devenues insupportables. Les règles sont restées régulières, assez abondantes et non douloureuses ; les dernières ont eu lieu le 4 décembre.

Il y a deux ans, elle a eu des pertes jaunâtres très irritantes, avec douleurs vaginales et pelviennes. Les mictions étaient douloureuses, il y a eu alors une infection, peut-être d'origine blennorrhagique. Etat général est devenu mauvais.

La tumeur kystique, incluse dans le ligament large droit est tout à fait immobile et adhérente. La poche enlevée qui, pleine avait le volume d'une tête de fœtus, est à parois minces et parsemée intérieurement de végétations papillaires. Au-dessous de cette première poche et dans le cul-de-sac de Douglas, il en existe une autre à contenu séreux et teinté de sang qui contient plusieurs kystes secondaires.

Mort le sixième jour à la suite de phénomènes infectieux.

G). — Kystes dont la nature n'a pas été indiquée.

Observation 49 (*Personnelle*).

Recueillie grâce à la bienveillance de M. Terrier.

Mme L..., âgée de 41 ans, professeur, entre le 2 novembre 1905 dans le service de M. le professeur Terrier à la Pitié, pour se faire opérer d'une tumeur abdominale.

C'est il y a trois ans que des douleurs au moment des règles et des troubles de la menstruation attirèrent pour la première fois son attention du côté de son ventre.

Elle avait eu la rougeole en bas âge.

Vers l'âge de 18 ou 20 ans, elle eut souvent à souffrir de l'estomac. A un moment donné, les douleurs stomacales disparurent, mais elle eut à la place de fréquentes poussées d'urticaire.

Anémie, nervosisme.

Comme antécédents héréditaires, rien de particulier.

Réglée à 16 ans, ses règles duraient six jours. L'écoulement était d'abondance normale, sans caillots, sans douleurs, avec un peu de pertes blanches. Il est vrai qu'elle était un peu anémique. Les règles revenaient périodiquement tous les mois.

A partir de 18 ans, elle éprouva de la douleur le premier jour de l'écoulement. A part cela, les règles revenaient régulièrement semblables à elles-mêmes.

Elle se maria à 20 ans et vit la douleur du premier jour devenir encore plus vive. A part cela, rien de changé.

Il en fut ainsi jusqu'à l'âge de 33 ans.

A cet âge, elle devint pour la première fois enceinte. Une chose la frappa, c'est qu'à l'occasion de cette grossesse, elle eut une suppression de règles qui dura presque dix mois de telle sorte qu'au moment de son accouchement, elle croyait avoir dépassé le terme de sa grossesse. A part cela, la grossesse avait été normale. Elle se termina par un accouchement spontané. Enfant vivant. Délivrance normale. Elle reprit ses habitudes vingt et un jours après.

Elle allaita pendant treize mois et vit ses règles réapparaître au neuvième mois de son allaitement. Elles durèrent quatre à cinq jours et se produisirent sans douleurs. Elles revinrent ainsi périodiquement et sans douleur jusqu'à 38 ans.

C'est à 38 ans, c'est-à-dire en 1902, qu'elle remarqua pour la première fois quelque chose d'anormal du côté de son ventre.

C'est au mois de septembre qu'elle éprouva les premiers troubles. Jusque-là, ses règles avaient toujours été régulières et semblables à elles-mêmes. A cette date, elle eut un peu de neurasthénie ; de plus, elle était très fatiguée. Elle ressentit au moment de ses règles une douleur à l'aine gauche qui l'obligea

à se mettre au lit. Par ailleurs, en septembre, ses règles furent encore normales.

En septembre, pas de règles, mais, cependant, elle éprouva tous les symptômes qu'elle avait éprouvé au début de sa grossesse. Toutefois, elle ne croyait pas être enceinte.

En novembre, les règles se produisent, mais avec un retard de dix jours. Elles furent beaucoup plus abondantes, beaucoup plus longues que de coutume ; elles durèrent huit jours. Elles contenaient des caillots. Pendant les deux ou trois jours qui précédèrent le début de l'écoulement, la malade éprouva des douleurs semblables aux douleurs d'accouchement. Elle fut obligée de garder le lit pendant cinq semaines. Contrairement à ce que dit la malade, il s'agissait vraisemblablement d'une fausse couche.

Depuis cette date, elle a toujours été très souffrante.

Trois semaines après, les règles étaient revenues. Elles durèrent cinq à six jours, se produisirent avec caillots et un peu de douleur le premier jour.

En 1903, ses règles revinrent régulièrement et toujours semblables. Il en fut ainsi jusqu'en juin 1904 inclus.

En juin 1904, pas de règles.

En août, les règles revinrent, mais seulement à la fin du mois. Elles contenaient toujours des caillots. Elles furent plus adondantes et plus longues que de coutume : elles durèrent huit jours et furent un peu douloureuses.

Depuis, les règles ne sont revenues qu'avec une grande irrégularité. La malade voyait un mois, puis elle restait un mois ou deux sans rien voir après quoi les règles revenaient ou inversement.

Elles étaient toujours plus abondantes et plus longues qu'au-

paravant (elles duraient huit jours), s'accompagnaient toujours de caillots et étaient précédées de douleurs.

Les dernières règles eurent lieu au moment de son entrée à l'hôpital. Elles durèrent huit jours et se produisirent comme d'habitude.

Depuis le mois de septembre 1902, elle éprouvait dans le côté gauche du ventre une douleur sourde presque continuelle, à part quelques moments de répit. Cette douleur était plus vive à l'époque des règles et cela qu'il y eut ou non écoulement de sang.

Elle a eu trois crises de douleurs violentes: l'une en août 1905, l'autre en septembre et la troisième en octobre.

Son état général depuis sa fausse couche en novembre 1902 laissait beaucoup à désirer, mais il devint réellement mauvais à partir de juin ou juillet 1904. Inquiétude, nervosisme, fatigue, anorexie, insomnie, douleurs, amaigrissement. Pas de constipation. Difficulté à uriner. Elle urine peu certains jours, beaucoup plus les jours suivants.

Le ventre est peu volumineux.

Au palper, on sent dans la fosse iliaque gauche et empiétant sur la ligne médiane une masse du volume d'une grosse orange, un peu douloureuse à la pression.

A la percussion, matité dans toute la région de la tumeur ; sonorité autour d'elle.

Au toucher, on trouve un col gros, entr'ouvert. Dans le cul-de-sac antérieur, on trouve une masse de la grosseur des deux poings, non douloureuse, dure, qui paraît faire corps avec l'utérus. Le col suit les mouvements que l'on imprime à la tumeur à travers la paroi abdominale.

Rien par ailleurs.

L'urine analysée le 11 décembre ne contient ni sucre, ni albumine. La quantité d'urine émise en vingt-quatre heures était d'environ 700 centimètres cubes.

La malade fut opérée le 15 novembre 1905 par M. le professeur Terrier.

Il s'agissait d'un kyste de l'ovaire gauche à pédicule tordu au delà de l'ovaire. M. Terrier enleva le kyste en conservant l'ovaire qui était sain.

Le kyste était du volume du poing. Son pédicule était tordu au delà de l'ovaire en un tour complet. Le liquide qu'il contenait était un liquide clair, eau de roche.

Les deux ovaires étaient sains.

Nous avons revu cette malade au mois de novembre 1906. Les règles sont revenues en janvier 1906 pendant six jours. sans douleurs, avec caillots. Depuis, elles se sont produites toutes les cinq semaines jusqu'au mois d'août, date à laquelle elles ont cessé. Il s'agit vraisemblablement de la ménopause qui aurait été avancée par l'opération.

Observation 50 (*personnelle*).

Mme X..., 27 ans, qui exerce depuis l'âge de 14 ans la profession de blanchisseuse, est entrée à l'hôpital au mois d'avril 1905 parce qu'elle avait une tumeur abdominale douloureuse et des troubles de la menstruation. Les premières douleurs étaient apparues au mois de juillet 1903.

Jusque-là, elle prétend avoir eu en bas âge une méningite, la rougeole, la variole. A 7 ans, elle aurait fait une chute sur la tête qui aurait nécessité son admission à l'hôpital Trousseau. A

15 ans, elle aurait eu une affection nerveuse pour laquelle elle serait de nouveau entrée à Trousseau, puis une affection oculaire pour laquelle elle aurait été soignée aux Quinze-Vingts.

En 1903, elle aurait subi une amputation du col de l'utérus. A cette époque aussi, un médecin lui aurait dit qu'elle avait de l'entérite. Malgré ce passé pathologique assez chargé, Mme X..., qui est d'une taille un peu au-dessous de la moyenne, a l'air forte et vigoureuse.

État général bon. Jusqu'à sa première opération elle aurait eu un grand appétit qu'on lui aurait conseillé de modérer. Depuis la naissance de son premier enfant, elle avait maigri. Quelque temps avant sa première opération, elle ne pesait que 70 livres.

Son père est mort à la suite d'un accident. La mère bien portante a fait de nombreuses fausses couches. Elle a deux frères bien portants.

Réglée à 12 ans (1889) ses règles duraient huit jours. Elles se produisaient en abondance normale, sans caillots, sans pertes blanches, sans douleurs et apparaissaient régulièrement le 6 de chaque mois. Il en fut ainsi jusqu'au mois de juillet 1903.

Mariée à 17 ans, elle eut un premier enfant en 1898. Malgré de nombreuses imprudences, cette grossesse fut, paraît-il, normale. Elle avait travaillé pendant toute la durée de sa grossesse. Plusieurs fois elle avait reçu des coups sur le ventre. Etant enceinte de sept mois, elle était allée au bal et avait dansé une partie de la nuit. Vers cette même époque, elle aurait fait une chute de la hauteur d'un étage. Jusqu'au septième mois de sa grossesse, le développement de son ventre fut peu marqué ; ce n'est qu'à partir de cette époque, dit-elle, qu'il augmenta un peu de volume.

Elle accoucha à terme, mais avec l'aide du forceps d'un enfant pesant 9 livres. Pendant le travail, elle n'avait pas eu de douleurs. Elle perdit peu de liquide.

Déchirure du col et du périnée. Une hémorrhagie se produisit deux heures après l'accouchement et dura une demi-heure environ à la suite de laquelle elle fut obligée de garder le lit pendant deux mois. Ce n'est que huit jours après sa guérison qu'elle reprit ses habitudes.

Elle n'allaita pas tout d'abord. Ses règles étaient réapparues normales, six semaines environ après. Ce n'est qu'après avoir vu ainsi réapparaître ses règles, après s'être purgée à l'Eau de Seidlitz pour faire disparaître son lait, qu'elle fut obligée d'allaiter. Elle le fit dans d'assez bonnes conditions, dit-elle, pendant quatre mois. Pendant ce temps-là elle n'avait pas revu ses règles.

Elle les vit réapparaître le 6 du mois qui suivit la fin de son allaitement. Depuis, elles furent régulières et normales jusqu'à sa deuxième grossesse.

Elle eut un deuxième enfant le 28 juillet 1901. Cette fois, elle avait été, dit-elle, dix mois sans rien voir de sorte qu'elle croyait avoir dépassé le terme de sa grossesse, et pourtant elle n'éprouvait aucune douleur de travail. C'est vers février qu'elle avait senti remuer pour la première fois. Pendant cette deuxième grossesse, elle avait eu un appétit exagéré qui a continué jusqu'à sa première opération. Malgré cela ses traits s'étaient tirés. Jusqu'à la fin, elle s'était livrée à un travail pénible.

Accouchement provoqué. Suites normales. Elle était restée trois semaines à l'hôpital et elle ne reprit ses habitudes que huit jours après sa sortie. Elle n'a pas allaité.

Six semaines environ après, elle voit comme d'habitude, et

ainsi toujours régulièrement jusqu'en juillet 1903. Toutefois, à partir de cette date, les règles s'accompagnèrent de quelques pertes blanches pendant un ou deux jours avant et après les règles jusqu'à sa première opération.

Le 6 juillet 1903, elle ne vit pas ses règles.

Le 14 juillet elle se fatigua beaucoup (bicyclette, danse).

A partir de ce moment elle éprouva des douleurs dans les deux côtés du ventre et dans les reins des douleurs sourdes, irradiant vers les cuisses. Elle souffrit ainsi pendant neuf jours puis commença à perdre. Cela dura cinq semaines pendant lesquelles elle perdait un peu tous les jours.

Le 6 août se passa sans qu'elle eût vu davantage. Les pertes continuèrent, mais pas de règles. Elle était très fatiguée mais travaillait quand même.

Cinq semaines après le début des pertes, elle eut une hémorrhagie avec pertes de caillots pendant deux ou trois jours. Interrogée sur les modifications qui auraient pu se produire pendant cette période du côté de ses seins, elle dit n'y avoir fait aucune attention. Malgré cela il y a tout lieu de croire qu'il s'agissait d'une fausse couche.

Elle entra alors une première fois, à la suite de cette hémorrhagie, où elle subit à l'hôpital une amputation du col.

Le 6 octobre ses règles revinrent. Elles durèrent huit jours comme d'habitude, mais elles ne s'accompagnaient plus de pertes blanches.

Elles se reproduisirent ainsi tous les mois régulièrement jusqu'au mois de février 1904.

C'est à cette date que commencèrent les troubles de la menstruation qui inquiétèrent la malade et la firent de nouveau entrer à l'hôpital.

A partir du mois de février, en effet, les pertes blanches réapparaissent pendant deux ou trois jours avant et après les règles qui venaient régulièrement le 6 de chaque mois.

Puis les pertes blanches arrivèrent à durer huit jours avant et huit jours après les règles, de telle sorte que sur un mois, la malade n'était que huit jours sans rien voir.

Cela dura pendant deux ou trois mois.

Puis jusqu'en octobre 1904, la durée des fleurs blanches augmenta encore, au point de devenir continuelle, sauf pendant la durée de l hémorrhagie menstruelle, qui, en octobre, est encore normale.

Jusqu'-là les règles avaient été régulières et normales.

Au 6 octobre, quand les règles apparurent, elle avait perdu en blanc pendant tout le temps qui s'était écoulé depuis la disparition des règles précédentes.

A partir de ce moment, elle commença à perdre en « rosé ».

En novembre elle put encore distinguer ses règles, mais cette fois, elles étaient venues trois semaines seulement après le début des règles précédentes, c'est-à-dire en avance de huit jours.

Il en fut ainsi en décembre, puis en janvier. En même temps qu'en avance, les règles étaient moins colorées et moins longues. Elles ne duraient plus que deux ou trois jours. Dans leur intervalle pertes rosées presque continuelles.

De février en avril, pertes rosées continuelles avec par intervalles pertes de caillots.

Depuis le mois de janvier 1905, les douleurs étaient réapparues. C'étaient les mêmes douleurs que précédemment, mais cette fois elle souffrait en plus des jambes. Douleurs sourdes irradiant les cuisses, presque continuelles. Elles étaient plus vives au

moment des règles, ou le soir après fatigue. En même temps son ventre augmenta beaucoup de volume.

Elle entra alors pour la deuxième fois à l'hôpital.

Ventre très augmenté de volume, vergetures anciennes, circulation veineuse superficielle un peu exagérée. Périnée un peu déchiré.

Palpation douloureuse des deux côtés. On sent cependant une masse de la grosseur d'une tête d'adulte. La sensation du flot n'estpas nette.

Au toucher, on sent une cicatrice d'amputation du col. Utérus peu mobile. Dans chacun des culs-de-sac latéraux une masse plus marquée à gauche, un peu douloureuse.

Depuis sa première opération, elle avait fréquemment souffert de névralgies. Depuis trois ou quatre mois, elle éprouvait une sensation de pesanteur dans le bassin. Elle croyait souvent, mais à tort, dit elle, avoir besoin d'uriner. Elle urinait néanmoins plus souvent que de coutume, très peu à la fois, sans douleur. L'urine laissait parfois déposer une matière blanchâtre. Quelquefois elle brûlait un peu au passage. Les rapports sexuels étaient devenus douloureux. Elle était très nerveuse, surtout au moment des règles. Elle était très fatiguée. Par ailleurs, rien de particulier.

Au mois d'avril on lui pratiqua une hystérectomie abdominale totale. Pas de drainage. Une mèche dans le vagin. Guérie le 12 mai.

Il s'agissait d'un kyste de l'ovaire gauche volumineux. A droite, trompe normale. Ovaire scléro-kystique.

Nous avons revu cette malade au mois d'août 1903.

Les douleurs abdominales ont disparu. Elle ne voit plus ni en blanc ni en rouge.

Depuis cette seconde opération, son état général est meilleur. Elle pesait alors 89 livres.

Observation 51 (*Personnelle*).

Recueillie grâce à la bienveillance de M. Terrier.

Mme B..., 35 ans, institutrice, est entrée le 17 novembre 1905, à la Pitié, dans le service de M. Terrier, pour se faire opérer d'une tumeur abdominale dont elle connaissait l'existence depuis le mois de mai 1905.

Antécédents héréditaires. — Père et mère vivants et bien portants. A perdu deux frères de bacillose.

Antécédents personnels. — Nuls ; à part, à certains moments, de la fatigue et du surmenage.

Mariée, elle a eu trois enfants et a fait deux fausses couches. Réglée à 13 ans 1/2, 1881, elle vit une fois et resta un an sans rien voir. Vers 15 ans, 1883, les règles revinrent très abondantes, très longues (six à sept jours), très douloureuses surtout pendant les premières heures : la malade souffrait horriblement au point d'être obligée de se mettre au lit. Elle éprouvait, au début de chaque période, une douleur qui allait en augmentant pour disparaître presque brusquement lorsque le flux sanguin était complètement établi. Les règles revinrent régulièrement tous les mois. Au moment de son mariage, elle eut un retard de dix jours qu'elle attribue elle-même à l'émotion. Depuis, elles sont revenues régulièrement. Aux deux périodes qui suivirent son mariage, elles furent encore douloureuses comme auparavant, mais ensuite la douleur disparut complètement.

Par ailleurs, elles étaient semblables à elles-mêmes. Il en fut ainsi jusqu'à sa première grossesse, à 25 ans (1893). Pendant cette grossesse elle ne vit point ses règles. L'accouchement fut normal et eut lieu à terme, les suites furent normales, la reprise des habitudes s'effectua quinze jours après. Elle allaita pendant un an bien qu'elle eût eu très peu de lait, l'allaitement étant mixte.

Elle revit ses règles six mois après l'accouchement, c'est-à-dire au sixième mois de son allaitement, semblables à elles-mêmes et sans douleur.

L'année suivante, à 26 ans, en 1894, elle devint de nouveau enceinte. Cette grossesse se termina au bout d'un mois par un avortement, à la suite d'une émotion. Pendant ce mois, elle n'avait pas vu ses règles. Elles revinrent environ six semaines après, semblables à elles-mêmes.

A 28 ans, nouvelle grossesse, normale. Accouchement normal à terme. Reprise des habitudes une quinzaine après. Cette fois, elle n'allaita pas. Les règles revinrent cinq à six semaines après et continuèrent d'être régulières et semblables.

A 29 ans, fausse couche de cinq mois (1897). Rétention de placenta pendant dix-neuf jours. A la suite de l'expulsion du placenta, hémorrhagie abondante et anémie consécutive.

Reprise des habitudes seulement quatre mois après.

Les règles avaient tardé à réapparaître sans que la malade puisse préciser de combien de temps. Ce qu'elle affirme, c'est qu'à la suite de cette hémorrhagie et de la fatigue qu'elle ressentit elle fut très affaiblie et anémiée pendant longtemps, ce qui expliquerait le retard dans le retour de ses règles.

A la suite de cette fausse couche elle eut une ulcération qui nécessita la cautérisation pendant quelques mois.

En 1901, à 33 ans, nouvelle grossesse normale. Accouchement normal à terme. Suites normales. Retour des règles, six semaines après. Reprise des habitudes au bout d'une quinzaine.

Les règles furent régulières et semblables jusqu'en mai 1905.

Jusqu'à cette époque Mme B..., avait été réglée avec tant de régularité que pour elle, un jour de retard était une présomption de grossesse.

C'est au mois de mai 1905 que les douleurs qu'elle éprouvait dans le côté droit de l'abdomen et les troubles de l'intestin lui firent penser à quelque chose d'anormal. Un médecin appelé avait diagnostiqué une entéro-colite.

Le 11 juillet, six semaines après, le médecin constata nettement dans la fosse iliaque droite, la présence d'une tumeur de la grosseur d'un œuf. On crut à une grossesse, la malade elle-même le croyait, bien qu'elle ait continué à voir ses règles et qu'elle n'ait pas éprouvé les symptômes qui caractérisaient ses grossesses antérieures.

La tumeur alla rapidement en augmentant confirmant en cela l'idée de grossesse. La malade n'a jamais beaucoup souffert : elle éprouvait cependant une sensation de pesanteur ainsi qu'une douleur sourde irradiant dans les reins et dans les cuisses.

Il y a environ trois semaines, avant son entrée à l'hôpital, elle fit une promenade en voiture non suspendue. Elle éprouva alors des crises douloureuses, des coliques dans le bas-ventre avec métrorrhagies.

En juin, juillet et août les règles fuent encore régulières et semblables sauf en juillet où elles furent un peu plus abondantes. En septembre, elles avancent de huit jours et sont plus

abondantes et plus longues ; elles durent de huit à dix jours, il en est de même en octobre.

La malade avait parfois des caillots au moment des règles mais c'est surtout depuis le mois de mai qu'elle en a rendus : ils étaient nombreux, gros et noirâtres. Jamais de pertes blanches.

La malade est entrée à l'hôpital, le 17 novembre 1905. C'est une femme de taille moyenne, de bonne constitution, nerveuse.

A l'inspection, le ventre est globuleux et très augmenté de volume.

A la palpation, on remarque une tumeur résistante, peu mobile, paraissant s'étendre profondément et remontant à deux centimètres au dessus de l'ombilic. Du côté droit, on sent au-dessous de l'ombilic une tumeur mobile et douloureuse à la pression. La fosse iliaque gauche et vide.

Au toucher, rétroversion de l'utérus, le col est dur et entr'-ouvert ; les mouvements de bas en haut imprimés au col se transmettent à la tumeur. Lorsqu'on imprime à cette dernière des mouvements de latéralité le col se déplace, mais très peu.

L'urine examinée le 19 novembre donne comme quantité 1150 centimètres cubes ; on y trouve des traces d'albumine.

L'opération fut faite, le 20 novembre 1905, par M. Terrier, qui pratiqua l'ablation sans drainage d'un kyste de l'ovaire droit du volume d'une tête d'adulte et pesant 1 kg. 340.

Il s'agissait d'un kyste de l'ovaire à pédicule tordu.

Revue au mois d'octobre 1906, M^me^ B..., est en parfaite santé. Cinq jours après son opération elle eut une hémorrhagie assez abondante qui l'affaiblit beaucoup. Ses régles sont revenues au bout de trois mois, elles ne durent plus que quatre

jours, sont moins abondantes, mais de périodicité toujours régulière.

Observation 52 (*Personnelle*).

Recueillie grâce à la bienveillance de M. Terrier.

Marguerite R..., âgée de 28 ans, domestique, est entrée à la Pitié dans le service de M. Terrier parce qu'elle éprouvait des douleurs abdominales très vives.

Elle avait déjà été opérée à 24 ans, en 1902, pour un kyste ovarique droit par M. Gosset qui lui avait fait une castration unilatérale.

Réglée à 13 ans, ses règles duraient trois jours, étaient douloureuses, peu abondantes. Elles revenaient toutes les trois semaines, et s'accompagnaient de pertes blanches peu abondantes.

Cela dura jusqu'à l'âge de 16 ans, date à laquelle elle vint à Paris. Elle eut alors de la nostalgie et devint anémique. Pendant les six premiers mois de son séjour à Paris, elle ne vit rien ; puis les règles reparurent, mais seulement à des intervalles plus ou moins longs ; tous les huit jours, ou séparées par des intervalles de trois mois, six mois, etc. Elles étaient alors semblables à elles-mêmes. Les pertes blanches étaient devenues plus abondantes. Elle devint tellement affaiblie qu'elle fut obligée de retourner en Bretagne. Elle avait alors 18 ans.

Elle y est restée huit mois.

Le premier mois, elle ne vit rien ; le deuxième les règles réapparurent comme d'habitude. Les pertes blanches avaient sensiblement diminué. Elle revint à Paris au bout de huit mois

et son bon état persista jusqu'au mois de mars 1897, date à laquelle, elle eut un accident de voiture. Jusque-là, les règles étaient revenues régulièrement.

C'est à cette date qu'elle a pour la première fois constaté quelque chose d'anormal du côté de son ventre. Tout d'abord l'accident se produisit à l'époque où les règles auraient dû venir. Elles furent retardées. Ce n'est que quatre ou cinq jours après la date où elles auraient dû apparaître qu'elle eut une véritable hémorrhagie qui dura plus de huit jours et pendant laquelle elle perdit en grande abondance.

A partir de ce moment, elle éprouva des douleurs abdominales, localisées surtout à droite. De plus, à la suite de cette perte, elle fut très affaiblie et retomba dans cet état de faiblesse, d'anémie qu'elle avait déjà eu, au point d'avoir des syncopes. Dès lors, ses règles furent quelque temps sans revenir, et quand elles reparurent, ce ne fut qu'à intervalles plus ou moins longs. Le sang était aussi plus noir. En revanche les pertes blanches devinrent plus fréquentes et plus abondantes.

Cela dura jusqu'en 1899. A ce moment son ventre augmenta de volume, les douleurs devinrent plus vives particulièrement au moment des règles.

Elle subit un traitement dans lequel entrait du fer à la suite duquel elle se sentit un peu plus forte. Ses règles réapparurent et se reproduisirent presque régulièrement toutes les trois semaines jusqu'en 1902, durant trois ou quatre jours, mais avec douleurs.

Au mois de septembre, les douleurs devinrent encore plus vives. Elle entra une première fois à l'hôpital et fut opérée d'un kyste ovarique droit.

A ce moment, son ventre était assez volumineux, surtout à

droite. La malade avait perdu l'appétit. Son état général laissait à désirer. Jusqu'à son arrivée à Paris, elle avait été très vigoureuse. Depuis, elle était devenue faible et toussait un peu.

Après son opération, elle fut bien soulagée. Ses règles revinrent trois mois après pendant trois ou quatre jours, mais cette fois sans douleurs et avec beaucoup moins de pertes blanches. Elles revinrent dès lors toutes les trois semaines. Cela dura jusqu'en mai 1905.

A cette date son état général redevint mauvais et les règles redevinrent douloureuses. En même temps, elle commença à éprouver des douleurs abdominales surtout à gauche.

Elles revinrent en juin, juillet et août régulièrement.

En septembre et octobre, elles revinrent à la date régulière, mais elles se produisirent avec peine. Le sang coulait un jour, puis s'arrêtait, pour reprendre le troisième jour et couler alors, pendant trois ou quatre jours. Pendant ces deux mois elle perdit moins que d'habitude.

Vers la fin d'octobre, elle eut très froid. Crise de péritonite pour laquelle elle fut soignée à l'hôpital. Les douleurs se calmèrent, elle sortit et fut reprise le jour même. Elle rentra aussitôt à la Pitié. C'était le 1er novembre 1905.

A son entrée à l'hôpital la malade qui est de taille un peu au-dessous de la moyenne paraît assez vigoureuse.

Ventre peu augmenté de volume. A la palpation profonde douleur dans les deux régions inguinales. Au toucher, on sent une masse douloureuse dans le cul-de-sac latéral gauche.

Elle eut ses règles en novembre comme en septembre et octobre.

Elle fut opérée le 2 décembre 1906 par M. Terrier.

Il s'agissait d'un kyste de l'ovaire gauche.

Nous avons revu cette malade au mois de décembre 1906.

Depuis l'opération, elle n'a point revu ses règles ; mais elle éprouve des maux de tête, des étourdissements, etc.

Observation 53 (*Personnelle*).

Recueillie grâce à la bienveillance de M. Terrier.

Mme D..., 64 ans, brodeuse, est entrée à la Pitié, le lundi de la Pentecôte 1905, parce qu'elle éprouve des douleurs abdominales. Déjà auparavant, le 1er avril, elle avait été admise à Saint-Antoine, pour la même raison Elle ne s'était aperçue de quelque chose d'anormal du côté du ventre que par les douleurs qui auraient commencé au mois de décembre 1904.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'une fluxion de poitrine à 52 ans. Mère vivante et bien portante. Frères et sœurs bien portants.

Antécédents personnels. — A 6 ans, elle eut la scarlatine et la fièvre muqueuse. Au commencement de 1904, elle eut une bronchite qui nécessita un repos de huit jours au lit, mais qui la fit languir pendant une partie de l'année. A la suite de cette bronchite, début de douleurs rhumatismales. L'état général laisse un peu à désirer ; elle tousse un peu ; elle est nerveuse et toujours très constipée.

Réglée à 13 ans 1/2 ; les règles qui ne sont pas douloureuses durent pendant quatre ou cinq jours il se produit un bon écoulement de sang clair, sans caillots. La malade a un peu de pertes blanches. A la première période menstruelle, les règles avaient

été précédées d'une période de malaise qui avait duré huit jours; après quoi l'écoulement s'était établi franchement. Depuis, elle n'avait plus rien éprouvé de ce genre. Les règles revenaient tous les vingt-cinq ou vingt-six jours.

Mariée en 1902, elle fut réglée pendant les deux premiers mois, tous les quinze jours ; et ses règles duraient cinq ou six jours ; elle se fatiguait beaucoup à cette époque. Jusque-là, les règles avaient été très régulières.

Depuis ces deux mois, elles sont redevenues ce qu'elles étaient auparavant ; elles durent quatre ou cinq jours et reparaissent régulièrement tous les vingt-cinq jours.

Dans le courant de 1904, elle eut un retard d'un mois, pendant lequel elle se croyait enceinte. Après quoi elle eut une perte de sang qui ne se produisit pas à l'époque où les règles auraient dû réapparaître, et qui dura sept à huit jours. De plus, cette perte était accompagnée de nombreux caillots, alors qu'elle n'en avait jamais eus et nécessita le repos au lit.

Un mois après cette hémorrhagie, les règles revinrent semblables à elle-mêmes et furent régulières jusqu'à la fin : elles durèrent vingt-cinq jours.

Depuis son mariage, les pertes blanches étaient devenues beaucoup plus abondantes ; et dans l'intervalle des règles, elle perdait continuellement en blanc, mais relativement peu.

Ce fut au mois de décembre 1904, que les premières douleurs abdominales apparurent et attirèrent son attention du côté de son ventre; jusque-là elle n'avait rien remarqué d'anormal. Elles se produisirent pour la première fois au moment des règles de décembre; et depuis elles persistèrent continuellement ; mais elles étaient plus grandes au moment des règles. Ces douleurs commençaient dans le côté gauche du ventre

et irradiaient vers les reins, l'ombilic, la cuisse gauche.

Les règles ne furent pas modifiées; mais les pertes blanches qui déjà étaient continuelles, devinrent plus abondantes. Leur couleur changea aussi ; de blanches qu'elles étaient avant décembre, elles devinrent jaunâtres, sales et tachaient le linge. Miction douloureuse.

A Saint-Antoine où elle était entrée, le 1er avril, pour ces douleurs, on la traita par le repos avec des injections chaudes, au permanganate de potasse, des tamponnements glycérinés et du santal. Ce traitement n'amena pas une grande amélioration ; et après un instant d'accalmie, les douleurs reprirent et firent entrer la malade à la Pitié.

A son entrée dans cet hôpital, le ventre ne paraissait pas très augmenté de volume. A la palpation, on reconnut la présence d'une tumeur.

Au toucher, le col est un peu gros et légèrement entr'ouvert; l'utérus est mobile. Les culs-de-sac droit, antérieur et postérieur sont normaux, mais un peu douloureux.

On trouve de la douleur spontanée, surtout marquée au niveau des annexes gauches et irradiant le long de la face antéro-externe de la cuisse et des reins. Douleur exagérée par la pression au-dessus de l'arcade crurale. Pas d'œdème malléolaire ni de circulation veineuse exagérée.

Depuis sa bronchite, l'état général de la malade laissait à désirer; elle toussait un peu, et éprouvait, dans le côté gauche de la poitrine, une douleur qui remontait du côté de l'épaule.

L'appétit était resté bon. La constipation est peut-être, maintenant, plus opiniâtre encore. Urines fréquentes et un peu douloureuses à la miction. Malgré cela, elles sont claires, et

l'analyse faite à Saint-Antoine, n'aurait, paraît-il, révélé rien d'anormal. Quantité d'urine: 1.050 centimètres cubes. Urée: 21,70 par litre.

Opération faite par M. le professeur Terrier: castration latérale gauche; appendicectomie. On trouve un kyste de l'ovaire gauche. A droite, les annexes sont normales. L'appendice est augmenté de volume et très long (8 centimètres).

Depuis l'opération, la malade fut revue le 5 novembre 1905. Elle fut affaiblie pendant quelque temps; mais les douleurs disparurent complètement à la suite de l'intervention. Les règles revinrent quinze jours après comme auparavant, et reparurent régulièrement pendant deux mois.

Le troisième mois qui suivit, elle eut un retard d'un mois, à la suite duquel elle eut une perte de sang abondante avec caillots (fausse-couche).

Un mois après, règles régulières et semblables jusqu'en février 1906. A cette date, grossesse qui se termina en juillet par une fausse couche. Un mois plus tard, les règles sont revenues. Depuis ce moment, elle voit régulièrement comme autrefois.

L'état général est bon.

Observation 54 (*Personnelle*).

Recueillie grâce à la bienveillance de M. Pozzi.

M^me^ S..., âgée de 57 ans, ménagère, est entrée à l'hôpital Broca, dans le service de M. le professeur Pozzi, au mois de novembre 1904, pour se faire opérer d'une tumeur abdominale qui aurait débuté vers l âge de 41 ans.

Antécédents héréditaires. — Son père est mort, à 63 ans, d'un cancer. Sa mère, qui a 84 ans, est encore vivante et bien portante. Elle a perdu un frère, qui était âgé de 26 ans, d'un « chaud et froid ». Son mari est petit, maigre, mais, paraît-il, malgré cela, assez vigoureux. En 1879, il a eu une bronchite, et depuis, il tousse un peu par les temps humides. De ses dix enfants, il ne lui en reste que trois; les autres sont morts de méningite entre 1 an et 5 ans.

Antécédents personnels. — Jusque-là elle avait toujours été à peu près bien portante. Elle avait eu la rougeole en bas âge, puis à 13 ans, dit-elle, mais aucune autre maladie.

Elle ne fut réglée qu'à 18 ans. Mais depuis deux ans environ avant l'apparition des règles, elle perdait en blanc. Elle perdait peu, mais continuellement ; et ces pertes blanches étaient plus abondantes et s'accompagnaient de douleurs de reins, chaque mois, pendant quelques jours.

A 18 ans, les règles parurent. Elles duraient huit jours, étaient très abondantes et s'accompagnaient de douleurs parfois assez vives ; quelquefois, elles contenaient des caillots Elles revenaient régulièrement tous les vingt huit jours et l'intervalle qui séparait deux périodes menstruelles était rempli par des pertes blanches.

Il en fut ainsi jusqu'à l'âge de 41 ans.

Mariée à 26 ans, elle a eu dix enfants dont deux mort-nés et de plus, elle a fait une fausse couche. Elle avait 27 ans, quand elle eut le premier enfant ; les autres sont venus à quinze ou seize mois d'intervalle, sauf les deux derniers qui naquirent trois ans après les autres. Elle avait 41 ans quand elle eut le dernier.

La première grossesse normale se termina par un accouche-

ment normal spontané à terme; les suites de couches furent normales. La malade reprit ses habitudes six jours après et revit ses règles six semaines environ après l'accouchement, bien qu'elle allaitât son enfant.

Les 2e, 3e, 4e, 6e, 8e et 10e grossesses furent également normales et se terminèrent toutes par un accouchement normal spontané à terme. Elle allaita et vit quand même ses règles réapparaître six semaines environ après l'accouchement. Le temps pendant lequel elle s'était reposée après chaque accouchement avait été sensiblement le même et variait de six à dix jours.

Les autres méritent de nous arrêter un instant. Au cours de la quatrième grossesse (dont le début eut lieu cinq mois après l'accouchement précédent) et se trouvant enceinte de quatre mois, elle tomba « à cheval » sur le dossier d'une chaise et tua vraisemblablement, dit-elle, son enfant. Elle donne comme raison de cette assertion qu'elle ne le sentit point remuer comme elle avait senti les autres vers le quatrième mois et demi ou le cinquième mois. Les choses en étaient là, quand vers le cinquième mois et demi de sa grossesse, elle fut prise de pertes qui durèrent vingt et un jours. Ces pertes étaient continuelles se produisant le jour et la nuit, mais elles n'étaient pas très abondantes. Un médecin appelé prescrivit une médication qui arrêta les pertes. Ce répit dura quatre à cinq jours, après quoi, les pertes revinrent avec, cette fois, des douleurs comparables aux douleurs de l'enfantement. Elle expulsa un fœtus mort, mais qui, paraît-il, n'était pas macéré. Les suites furent bonnes. Elle reprit ses habitudes huit jours après et vit ses règles réapparaître six semaines environ après l'accouchement.

Au lendemain du septième accouchement qui avait été nor-

mal, elle eut, paraît-il, un peu de péritonite. Injections chaudes. Reprise des habitudes dix jours après. Les règles reparurent au bout de six semaines.

La neuvième grossesse fut normale ; mais elle se termina par l'expulsion à terme d'un enfant mort et macéré. Interrogée sur la cause probable de ce fait, la malade nous dit que pendant tout le cours de sa grossesse, elle avait porté dans ses bras son dernier enfant et qu'elle avait eu des rapports sexuels ; mais que, sur ce dernier point, cette grossesse ne différait point des autres. Les suites furent normales et les règles réapparurent six semaines après.

La onzième grossesse fut normale et suivie d'un accouchement spontané à terme ; mais le travail fut plus long. Elle eut des douleurs pendant deux ou trois jours, accompagnées de pertes de sang continues, mais sans grande abondance. Les suites furent néanmoins normales et les règles réapparurent comme d'habitude. C'est à la suite de cet accouchement qu'elle remarqua que son ventre était resté plus gros que de coutume.

Pendant tout ce temps, de 27 à 41 ans, les règles étaient venues régulièrement tous les vingt-huit jours pendant le même nombre de jours, sauf pendant la durée de ses grossesses ; et elles étaient semblables à ce qu'elles avaient été antérieurement. Une chose seulement les différenciait, c'était la diminution notable de la douleur ; elles étaient beaucoup moins douloureuses qu'avant son mariage.

Chose curieuse, cette femme qui a allaité ses enfants, voyait quand même ses règles venir régulièrement pendant qu'elle allaitait ; leur disparition, au cours de l'allaitement, était même pour elle un signe de grossesse nouvelle. Elle sevrait alors l'en-

fant qu'elle avait nourri jusque-là et se préparait à recevoir celui qui allait naître dans quelques mois.

Dans l'intervalle de chaque grossesse, les règles étaient toujours semblables, à part la douleur qui diminuait de plus en plus.

C'est vers l'âge de 41 ans, après son dernier accouchement, qu'a débuté l'affection qui nécessite aujourd'hui son entrée à l'hôpital. Elle avait remarqué que son ventre était plus gros qu'à la suite de ses accouchements antérieurs. Elle n'y avait pas attaché une grosse importance, mettant cet embonpoint sur le compte de l'âge. Du reste, ce n'est guère qu'à partir de 54 ou 55 ans que le ventre augmenta considérablement de volume. Une chose, cependant, avait attiré son attention : depuis cet accouchement, elle éprouvait une sensation de pesanteur et une douleur parfois assez vive dans le côté droit de l'abdomen, douleur qui s'irradiait vers les reins et la cuisse droite. Ces douleurs abdominales étaient exaspérées au moment des règles dont la durée semblait un peu plus courte. A part cela, les règles étaient régulières et semblables.

Vers 43 ou 44 ans, c'est-à-dire, deux ans et demi environ après son dernier accouchement, elle eut de véritables hémorrhagies au moment des règles. Celles-ci avaient à peu près conservé la même durée ; mais la quantité de sang perdu était beaucoup plus considérable. Il en fut ainsi jusqu'à 45 ans. A cette date la malade fut examinée et l'on constata la présence d'un petit polype utérin que l'on extirpa (pour ainsi dire, sans que la malade en eût connaissance).

Après cette intervention, les douleurs abdominales qu'elle ressentait, depuis son dernier accouchement, persistèrent ; mais les ménorrhagies disparurent ; les règles redevinrent normales. Il en fut ainsi jusqu'à 48 ans.

A partir de ce moment, elle ne vit plus régulièrement ; elle fut un an, puis six mois, puis douze mois sans rien voir. Chaque fois qu'elle voyait ces règles, celles-ci étaient toujours semblables. Après cette dernière absence de dix-huit mois, les règles ne revinrent qu'une fois, mais comme d'habitude. Elle avait 50 ou 51 ans.

Avec les règles disparurent les pertes blanches ; seules les douleurs abdominales persistèrent.

A son entrée à l'hôpital, la malade, qui est une femme, petite, grosse, ayant l'air d'avoir une constitution robuste, avait un ventre énorme qui avait surtout grossi depuis l'âge de 54 ou 55 ans.

A l'examen, on trouve un ventre volumineux, saillant en avant, et présentant quelques vergetures. Ombilic aplati. Circulation collatérale.

A la palpation qui est douloureuse, on reconnaît une tumeur dure, rénitente, immobile. La sensation de flot est peu marquée. Matité à convexité supérieure ; dans les flancs, il y a un peu de sonorité surtout à gauche.

Au toucher, le col est dur et peu mobile ; les mouvements imprimés à la tumeur se transmettent au col.

La douleur éprouvée par la malade dans le côté droit du ventre est devenue de plus en plus vive. C'est une douleur rongeante qu'exaspère le moindre mouvement ; et la sensation de pesanteur dans le bassin est devenue plus gênante. La malade ne pouvait se coucher sur le côté gauche. La respiration était pénible, et elle ne pouvait faire aucun mouvement sans être essoufflée. Miction pénible.

Depuis l'âge de 55 ans, la malade avait eu trois crises de coliques hépatiques, et elle prétend que les douleurs abdominales

qu'elle ressentait étaient devenues encore plus vives à la suite de la crise qui datait de quelques jours.

Enfin, au cours de sa première grossesse, il lui était survenu une petite hernie inguinale pour laquelle elle ne commença à porter un bandage qu'à 45 ans. Actuellement, la hernie a disparu.

Opération faite le 10 novembre 1904 par M. le professeur Pozzi. Laparotomie médiane sous-ombilicale : incision longue de 10 à 12 centimètres. Ablation bilatérale d'un kyste à pédicule tordu, lequel est adhérent à la paroi abdominale antérieure; du liquide hématique s'en échappe en assez grande abondance. Les parois du kyste sont répérées. Les adhérences épiploïques qui sont au niveau du pôle supérieur de la tumeur, sont détachées, et enfin le kyste peut être énucléé de l'abdomen, en totalité. Ce kyste gros comme une tête d'adulte siège au niveau de l'ovaire droit; et il était tordu deux fois sur son axe. Section du pédicule et ligature en chaîne.

Les annexes du côté opposé sont malades ; l'ovaire, ratatiné, est dégénéré; on l'enlève.

Fermeture de l'abdomen en trois plans. Pas de drainage.

Observation 55 (*personnelle*).

Recueillie grâce à la bienveillance de M. Pozzi.

Mme B..., âgée de 51 ans, ménagère, est entrée à l'hôpital Broca, dans le service de M. le professeur Pozzi, le 5 octobre 1905, pour se faire opérer d'une tumeur abdominale.

Antécédents héréditaires. — Père mort de fluxion de poitrine

à 72 ans. Mère morte du choléra à 36 ans. Ses grands-parents étaient rhumatisants.

Antécédents personnels. — Elle a eu une fièvre muqueuse à 16 ans (1870); une sciatique à la suite d'un «chaud et froid» à 39 ans. Elle a été, à plusieurs reprises, très fatiguée, entre autres à 46 ans. A cette époque, elle eut des vomissements le matin, à son lever. Par ailleurs, l'état général est bon.

A 25 ans, elle a eu une grossesse normale avec accouchement normal; elle reprit ses habitudes un mois après. Elle allaita son enfant pendant trois mois seulement, elle dut cesser faute de lait.

Réglée à 21 ans (le 1er janvier 1875).

Déjà depuis un an, elle éprouvait des troubles de pléthore. Son embonpoint avait augmenté et elle éprouvait, en même temps, des troubles de la vue. Tous les mois, elle avait des épistaxis et des hémoptysies qui duraient trois ou quatre jours. En même temps, elle éprouvait les symptômes concomitants des règles.

Le 1er janvier 1875, les règles apparurent d'une façon normale. Pendant trois ou quatre jours, la malade perdit du sang noirâtre avec quelques caillots et un peu de douleur. Les règles étaient précédées de pertes blanches qui duraient trois ou quatre jours.

Puis elle fut deux mois sans rien voir.

A partir du mois d'avril 1875, les règles revinrent sans douleurs, sans caillots, tous les vingt-huit jours.

Mme B... se maria en 1879.

A partir de ce moment, les règles durèrent cinq jours, sans douleur, sans caillots; mais elles furent un peu plus abondantes.

Elle devint enceinte cette même année, et accoucha comme

il a été dit. Elle ne vit point pendant la grossesse ni l'allaitement. Les règles reparurent six semaines après la fin de l'allaitement et se reproduisirent régulièrement tous les vingt-huit jours, et semblables à elles-mêmes jusqu'à l'âge de 39 ans.

Histoire de la maladie. — C'est à cette époque que la malade reporte le début de sa maladie.

A 39 ans, en effet, au mois de mai 1893, elle eut une sciatique. Depuis, les règles furent moins abondantes et devinrent douloureuses. Douleurs abdominales surtout à droite, et particulièrement vives au moment des règles.

Vers l'âge de 41 ou 42 ans, la malade se sentit plus fatiguée que de coutume ; et son état général laissa un peu à désirer. Ses règles devinrent irrégulières : elles eurent du retard ; mais, malgré cela, la malade voyait tous les mois ; elles duraient cinq à six jours.

A 43 ans (vers 1897), la malade s'étant soignée, les règles redevinrent régulières (au point de vue de la date) et le restèrent jusqu'en 1904.

Au mois d'octobre 1904, elle fit un grand voyage au moment de ses règles (celles-ci avaient commencé la veille du départ) ; elles furent très abondantes, très douloureuses avec caillots et durèrent dix jours.

A partir de ce moment, elle ne vit rien jusqu'en mai 1905. C'est à cette date, à 51 ans, qu'elle vit pour la dernière fois ; les règles durèrent dix jours, furent très abondantes et très douloureuses. Depuis deux ans déjà, les règles étaient plus abondantes ; elles duraient huit à dix jours et s'accompagnaient de caillots.

C'est surtout le matin, au lever, qu'elle éprouvait des douleurs. Celles-ci furent surtout vives de 40 ans à 48 ans environ.

Jusqu'alors, le ventre n'avait pas changé d'aspect. Au mois de septembre 1905 (quinze jours avant son entrée à l'hôpital), ayant porté la main sur la partie droite de son ventre, la malade avait senti une tumeur de la grosseur du poing. Depuis, il lui semblait qu'elle augmentait, chaque jour, de volume.

A l'examen fait au moment de son entrée, le 5 octobre 1905, la malade présente l'aspect d'une femme vigoureuse, de taille au-dessus de la moyenne. Jusqu'à 32 ans, elle avait habité la campagne et l'avait quittée pour venir à la ville, se placer comme cuisinière.

Le ventre paraît un peu augmenté de volume surtout du côté droit. Au palper, on sent une masse rénitente occupant la fosse iliaque droite et la partie inférieure du flanc droit, et s'étendant sur la ligne médiane au-dessus du pubis. Matité. Au toucher le col est un peu remonté, et le cul-de-sac droit, légèrement effacé. On sent une masse que, par le toucher bimanuel, on croit reconnaître fluctuante.

L'état général est bon.

Opération faite le 10 octobre, par M. le professeur Pozzi. Laparotomie médiane sous-ombilicale avec valve de Doyen. On se trouve en présence d'un gros fibrome situé en avant et que l'on attire hors du ventre à l'aide du tire-bouchon. Extirpation après la pose des pinces-clamps de Pozzi. On trouve ensuite un kyste intra-ligamentaire du côté gauche qui est ponctionné et qui donne 1 litre de liquide citrin. Extirpation de la poche. Fermeture du col et péritonisation du ligament large droit ; à gauche, on fit comme l'on put. Drainage à la Mickulicz. Suture abdominale en trois plans au catgut.

Le fibrome pesait 800 grammes.

Revue au moins de novembre 1906, la malade était en excellente santé.

Observation 56

Due à l'obligeance de M. Gosset.

Mme H..., âgée de 54 ans, est entrée à l'hôpital, parce qu'elle souffre du ventre et désire être opérée.

Jusqu'à l'année dernière elle a été réglée régulièrement.

Elle a eu deux enfants qui ont 25 et 19 ans.

La maladie a débuté il y a dix-huit mois par quelques troubles dysménorrhéiques. Les règles, qui duraient cinq ou six jours devinrent douloureuses, et présentèrent quelques caillots.

En même temps, le malade éprouva des douleurs abdominales assez vives. Anorexie. Amaigrissement.

Il y a un an, la malade s'est aperçue que son ventre avait augmenté de volume. Depuis cette époque, il a augmenté régulièrement. Constipation. Pas de troubles de la miction.

Pendant ce temps, la malade n'a été réglée que tous les trois ou quatre mois.

Actuellement le ventre est très volumineux. L'ombilic est presque déplissé. La circulation veineuse collatérale est surtout développée à gauche.

Le ventre est douloureux.

La tumeur est dure, tendue, mate surtout au centre. A la palpation, on n'éprouve pas nettement la sensation de flot

L'opération fut pratiquée le 18 septembre 1905 par M. Gosset.

Laparotomie médiane.

On attire au dehors une tumeur énorme à laquelle adhère en

haut une anse de l'intestin grêle, comprise à gauche dans le ligament large.

Ablation sus-vaginale.

Drain dans le Douglas.

Observation 57

HARDOUIN (*Bull. Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, 1904, 1er trimestre : Observ. II) (*résumée*).

Léontine G..., âgée de 16 ans, domestique de ferme, entre le 15 janvier 1904, à l'Hôtel-Dieu de Rennes, salle Sainte-Philomène, lit n° 13, dans le service de clinique chirurgicale de M. le professeur Dayot.

Cette jeune fille est d'une bonne santé habituelle et n'a jamais été malade. Elle a été réglée pour la première fois au mois de mars dernier. Elle entre actuellement à l'hôpital pour une tumeur volumineuse du ventre. Cette tumeur à début insidieux a été remarquée par hasard par la malade au mois d'août dernier. Elle etait indolore et n'entraînait aucun trouble fonctionnel. Elle augmenta progressivement de volume jusqu'au mois de novembre. A ce moment, et sans cause apparente, surviennent des douleurs abdominales et subites qui obligent la malade à s'aliter pendant une huitaine de jours. Son ventre grossit, devient dur et douloureux. Nausées sans vomissements. Le ventre prend en quelques jours un développement insolite.

L'époque de ces accidents coïncidait avec celle des règles qui manquèrent ce mois-là. Puis tout rentra dans l'ordre ; mais comme il restait un peu de sensibilité du ventre et comme la tumeur ne diminuait pas de volume, la malade entra à l'hôpital.

A l'inspection, ventre distendu projeté en avant avec un peu de prédominance du côté droit. Légère circulation veineuse supplémentaire.

A la palpation, on sent une tumeur arrondie, lisse, nettement fluctuante et ayant le volume d'une tête d'adulte. Sensation de flot. La tumeur est mobile.

A la percussion, zone de matité s'élevant à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic, occupant toute la fosse iliaque droite et s'étendant jusqu'au pubis.

Toucher vaginal impossible en raison de l'intégrité de l'hymen.

Diagnostic : Kyste de l'ovaire avec torsion probable.

Opération faite le 17 janvier 1904 par M. le professeur Dayot. On trouve un kyste adhérent au grand épiploon et à l'intestin ; en arrière il se produit une légère déchirure de l'intestin ; suture immédiate à la Lembert.

Ponction du kyste laissant écouler un liquide franchement hématique, noirâtre. Pédicule tordu (2 tours 1/2) dans le sens des aiguilles d'une montre.

L'ovaire droit également kystique est, en partie, réséqué.

Tamponnement et drainage péritonéal pendant quarante-huit heures. Guérison sans complications. Sortie le 13 février 1904.

Observation 58

Mouchotte (*Bull. Soc. Anat. de Paris*, juin 1902 ; obs. I).

Kyste de l'ovaire gauche à pédicule tordu.

L. F..., 31 ans, domestique. Antécédents héréditaires et personnels nuls. Réglée à 14 ans. Les règles ont toujours été régulières, non douloureuses, durant trois jours.

Nullipare

Depuis cinq ou six mois apparurent à plusieurs reprises des coliques accompagnées de constipation. Au bout de deux jours survenait une débâcle diarrhéique et tout rentrait dans l'ordre. Une seule fois, ces coliques se produisirent au moment des règles qui ne furent jamais modifiées.

Vers le 20 avril dernier, quelques jours avant le début des règles, la femme éprouva subitement le matin, *en se levant*, de fortes douleurs abdominales.

Ces douleurs, qui avaient le caractère de coliques, étaient généralisées à tout le ventre, sans point maximum ; elles empêchaient tout mouvement. La femme dut se coucher. Les douleurs persistèrent pendant huit jours.

Trois heures après leur apparition survinrent des vomissements verdâtres qui durèrent trois ou quatre jours puis cessèrent définitivement. En même temps qu'elles, se manifestèrent du météorisme et une constipation opiniâtre.

Le sixième jour après le début de ces symptômes se produisit un abondant flux diarrhéique avec redoublement des coliques. Les coliques disparurent bientôt ; le météorisme également. Seule la diarrhée persista jusqu'au moment de l'entrée à l'hôpital.

Un médecin avait été appelé vers le sixième jour de la crise douloureuse. Il avait conseillé l'application de glace sur le ventre, prescrit un purgatif, une potion calmante, des injections chaudes.

Puis il revit quelques jours après la malade, constata alors une « grosseur » abdominale, fit le toucher qui fut douloureux et dit à la femme qu'une opération était nécessaire.

La femme est amenée à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. le Dr Monod, le 2 mai. A l'entrée elle accuse quelques douleurs vagues, spontanées, dans l'abdomen. Elle a de la diarrhée et souffre beaucoup en allant à la selle.

A la palpation abdominale on constate la présence d'une tumeur élastique, fluctuante, remontant jusqu'au niveau de l'ombilic, légèrement sensible à la pression. La percussion donne une zone de matité à convexité supérieure. Au toucher, on trouve le col refoulé derrière la symphyse. Le cul-de-sac postérieur et le cul-de-sac latéral gauche sont sensibles. Dans le cul-de-sac postérieur on sent une masse tendue, fluctuante. On porte le diagnostic de kyste de l'ovaire et, étant donnée l'histoire de la malade, on pense à une torsion.

Opération. — La malade est opérée le 6 mai par M. Faure, remplaçant M. Monod. Sitôt la paroi incisée on est sur une grosse tumeur kystique, terne, à coloration feuille morte en certains endroits. Après protection avec des compresses on ponctionne cette tumeur. Il s'écoule 1 litre de sang liquide et très noir. La tumeur est alors séparée de ses adhérences intestinales multiples mais molles ; elle est libérée dans le cul-de-sac de Douglas, où elle a poussé un prolongement. Elle est sortie de la cavité abdominale. On constate alors qu'il s'agit d'un kyste de l'ovaire gauche, tordu d'un tour de dehors en dedans. Ligature du pédicule. Section au thermocautère. Quelques adhérences plus solides ont, au moment de la décortication, donné lieu à un suintement qui persiste. Un drain est laissé. Fermeture de la paroi en trois plans. Pansement aseptique.

Les suites furent simples. La température demeura normale. Les deux premiers jours après l'opération on fit de l'aspiration.

Le troisième jour le drain fut retiré, le 9 juin les fils furent enlevés.

Le 25 mai la malade a quitté le service, complètement guérie.

Observation 59 (*résumée*)

Hardouin (*Bull. Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, Rennes, 1902, 3e trimestre : obs. II) (*résumée*).

Marie R..., 40 ans, entre le 17 décembre 1901, dans le service de M. le professeur Dayot. Elle a toujours été d'une bonne santé habituelle jusqu'au moment de son dernier accouchement qui date de trois mois. Les antécédents héréditaires n'offrent rien de spécial.

Réglée à 16 ans, elle a continué à l'être d'une façon régulière sauf quelques retards insignifiants.

Mariée à 25 ans, elle a eu deux enfants vivants. Les couches et les suites de couches se sont toujours passées d'une façon régulière jusqu'à la naissance du dernier enfant.

Cependant, après ses dernières couches, la malade s'aperçut que son ventre avait conservé un volume assez considérable, et qu'il existait dans le ventre une tumeur assez volumineuse et indolente à laquelle elle ne prêta pas grande attention.

Dix-sept jours après l'accouchement, en se rendant à son travail, la malade ressentit brusquement une vive douleur dans le ventre, et qui la força à prendre le lit. Le lendemain, ventre tendu, douloureux, et très augmenté de volume. Vomissements alimentaires et bilieux. Un médecin appelé pensa à une péritonite. Bientôt les douleurs se calmèrent ; mais le ventre, ayant continué à s'accroître, elle entra à l'hôpital.

A l'examen, on constate un ventre volumineux rappelant celui d'une femme enceinte de 8 mois. Pas de circulation veineuse exagérée ; pas d'œdème des membres inférieurs.

A la palpation, masse résistante, fluctuante, occupant la région médiane de l'abdomen : sensation de flot. Matité à la percussion.

Par le toucher, rien d'anormal au col et à l'utérus ; les culs-de-sac sont vides ; la tumeur est indépendante du col utérin.

Etat général satisfaisant. Constipation. Envies fréquentes d'uriner : mictions non douloureuses ; urine normale.

Opération, faite le 28 décembre, par M. le professeur Dayot. Laparotomie. On tombe sur un kyste fibreux, épais, adhérent, donnant par la ponction plusieurs litres de liquide épais, couleur chocolat. Décortication et énucléation ; torsion du pédicule ; ligature de ce dernier.

Il s'agit d'un kyste de l'ovaire droit.

Résection de l épiploon ; suture à trois étages et drainage abdominal.

Suites opératoires excellentes. Le 25 janvier 1902, la malade se lève et est en parfait état.

Observation 60

Leroy (Thèse 1881, page 39).

(Obs. de M. Guyon). *Ovariotomie incomplète (résumée).*

Jeune fille de 16 ans.

Réglée depuis deux ans. Elle est à Paris depuis six mois, et sa santé, antérieurement bonne, est compromise maintenant par

une tuméfaction de l'abdomen dont les débuts remontent à quatre ans.

Pendant deux ans, jusqu'au moment de l'apparition de la menstruation, elle avait eu des périodes de calme et de douleur ; celles-ci, il est vrai, plus courtes. Depuis ce moment, ces alternatives avaient continué. Cependant quand les règles étaient abondantes, les douleurs étaient moins vives et le volume du ventre diminué.

L'apparition des douleurs ne coïncidait pas avec celle des règles, lesquelles, très irrégulières, ne viennent souvent que quinze jours ou trois semaines après l'époque présumée.

Il y a quelque mois, elle fit une chute sur le ventre ce qui ne paraît pas avoir eu la moindre influence sur la tumeur.

A l'examen : tumeur abdominale fluctuante remontant à l'ombilic ; ventre douloureux surtout à droite.

L'utérus, mobile, est indépendant de la tumeur.

Douleurs très vives depuis son entrée à l'hôpital (16 octobre 1894).

11 *novembre.* — Ponction ayant permis de retenir 1.630 grammes de liquide sirupeux, gelée de groseille.

Le 14, 15, 16 *novembre.* — Il y avait eu le soir un peu d'amélioration de la douleur.

Le 17 *novembre.* — Les douleurs sont moindres. Les règles apparaissent dans la matinée, elles sont assez abondantes toute la journée, les douleurs disparaissent complètement.

Le 18 *novembre.* — Règles moins abondantes, douleurs nulles.

Le 1er *janvier* 1880. — Le kyste est de nouveau rempli, et redevenu plus douloureux surtout au niveau de la fosse iliaque droite, le flanc gauche n'est pas sensible à la pression.

Opération le 16 janvier. — Le kyste adhérent, tout rempli, occupe presque tout l'abdomen.

Liquide sanguinolent, grumeleux.

La paroi du kyste est enflammée.

L'opération fut incomplète à cause des adhérences postérieures. Suites opératoires bonnes.

Les règles sont apparues le 24 février. Plus de fortes douleurs dans le ventre ; quelques petites coliques.

Le 27. — les règles sont finies ; elles ont été très abondantes.

2°) **Kystes bilatéraux.**

A) — Végétants.

Observation 61 (*Personnelle*).

Recueillie grâce à la bienveillance de M. Brezard, interne des hôpitaux.

Mme D... 40 ans, exerce depuis huit ans la profession de caissière. Elle est entrée le 5 juin à l'hôtel-Dieu, sous le service de M. le Dr Guinard.

Pas d'antécédents personnels ni héréditaires.

Réglée à 12 ans, ses règles duraient huit jours. En quantité normale, sans caillots, sans douleurs, sans pertes blanches. Elles revenaient régulièrement tous les mois. Il en fut ainsi jusqu'en novembre 1905.

Mariée à 18 ans (1884), elle eut une première grossesse à 20 ans, puis une deuxième à 22 ans, terminées par des accouchements normaux à terme. Enfants vivants. Pas d'hémorrhagie,

suites de couches normales. Avait repris ses habitudes un mois après.

Les règles étaient revenues semblables six semaines après l'accouchement.

Pas de fausse couche.

L'année dernière, au mois de juillet 1905, quelqu'un de sa famille lui fit remarquer que son ventre semblait grossir. Jusque-là elle ne s'en était pas aperçue. Ce n'est guère que depuis six mois (janvier 1905), qu'elle constate qu'il grossit en effet.

Au mois de novembre 1905, ses règles qui, jusque-là, avaient été tout à fait normales, furent régulières, mais douloureuses.

Le sang était plus noir, et sur le linge il laissait autour de la tache un cercle jaunâtre. Il était plus filant. Il y avait des caillots. Les règles étaient moins abondantes.

Il en fut ainsi jusqu'au mois de juin 1906.

A son entrée à l'hôpital la malade qui est de taille au-dessous de la moyenne, assez forte, se présente avec un facies fatigué.

Son ventre un peu augmenté de volume. Circulation veineuse un peu marquée. Vergetures.

Au palper, on sent masse rénitente semblant plus marquée à droite. La sensation de flot n'est pas perçue.

Matité.

Au toucher, col mou, entr'ouvert. Les deux culs-de-sac sont effacés.

Depuis le mois de novembre elle éprouvait souvent une douleur commençant à gauche du ventre, venait sur la ligne médiane et remontait à droite, puis irradiait vers le dos.

La malade ne pouvait dormir que couchée sur le dos. Elle dormait à peine deux heures par nuit.

Depuis novembre, son appétit qui avait toujours été excellent sans être exagéré avait fait place à un appétit capricieux.

La miction était très troublée. Elle urinait fréquemment. Parfois le fait de rire provoquait la miction.

Les selles qui habituellement étaient très régulières, étaient depuis deux ans devenues très pénibles. Elle était parfois huit jours sans aller, et encore souvent devait-elle faire usage de laxatifs et même de purgatifs.

Elle fut opérée le 12 juin par M. Guinard.

Il s'agissait de deux kystes végétants de l'ovaire.

On enlève les deux ovaires qui étaient adhérents à la paroi postérieure du bassin et formant une masse friable. Adhérences intestinales. Le kyste droit était plus gros que le gauche. Il avait la grosseur d'une tête de fœtus. Décortication sans incident. On laisse l'utérus. Il y avait des végétations sur l'intestin.

Nous avons revu cette malade le 22 juin.

Observation 62

Due à l'obligeance de M. Gosset.

Mme P..., 40 ans, ménagère, est entrée le 11 août, à la Pitié, dans le service de M. le professeur Terrier que suppléait le Dr Gosset.

Pas d'antécédents. Réglée à 11 ans 1/2, ses règles duraient huit jours ; elles étaient sans douleurs et d'abondance normale ; en outre elles étaient toujours régulières jusqu'à cette année. Elle n'a pas eu d'enfants ni de fausses couches.

C'est au mois de mai 1905 qu'elle éprouva les premiers troubles. En avril, ses règles qui étaient apparues vers le 20, avaient

duré huit jours et s'étaient produites d'une façon normale.

En mai et en juin, pas de règles.

En juillet, elles réapparurent vers le 20 ; mais cette fois, elles furent très douloureuses. Par ailleurs, elles eurent la même durée (8 jours), la même abondance que d'habitude et se produisirent également sans caillots. La malade n'a pas gardé le lit.

En août, elle a souffert pendant les dix premiers jours, sans pertes. Le 8, elle fut obligée de cesser son travail ; puis le 11, elle entre à l'hôpital.

Pendant ce temps, son ventre a grossi. Rien de spécial du côté des seins.

A l'examen, on trouve l'abdomen notablement augmenté de volume. A la palpation, on sent une tumeur assez résistante, donnant la sensation de flot, et que l'on peut délimiter facilement par la percussion : elle remonte jusqu'à quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic (matité).

Par le toucher, on trouve le col, de volume normal, lisse, régulier, un peu mou, repoussé en avant et immobilisé contre la symphyse. Dans le cul-de-sac postérieur, on sent une masse qui bombe, dure et immobilisée.

L'état général laisse à désirer. Examen des urines : 600 centimètres cubes ; urée : 16,40 par litre.

Opération faite le 30 août par M. Gosset. Épaississement notable du péritoine et ascite non hémorragique. L'épiploon est épaissi comme dans le cas de carcinose généralisée. Le ligament large et l'ovaire forment une masse volumineuse à laquelle adhère l'appendice ; enfin l'on trouve un kyste inclus dans le ligament large droit, avec salpingite. Impossibilité d'extraire la masse. On ponctionne le kyste et on l'enlève ; on crève la

trompe qui est remplie par un liquide épais et purulent. Pour enlever l'ovaire gauche, on fait l'hystérectomie sub-totale, l'hystérectomie totale étant rendue impossible par la présence d'adhérences avec la vessie.

L'ovaire gauche contient un kyste ovarique de la grosseur d'une mandarine, et ayant le même liquide que celui du côté droit.

Diagnostic : kyste de l'ovaire droit avec généralisation au péritoine, et kyste ovarique gauche.

Ablation du drain, le 2 septembre.

Mort le même jour à 11 heures du soir.

Observation 63

Gundelach (*Observation VI*):

Kystes végétants des deux ovaires ; ovariotomie : mort (*résumée*).

Joséphine F..., 24 ans, entrée le 6 octobre 1886 dans le service de M. Terrier. Père mort d'une tumeur dans le ventre. Mère bien portante.

Réglée à 12 ans, non sans difficultés ; car pendant plusieurs mois, la malade a souffert de coliques, de malaises divers. Néanmoins les règles devinrent régulières et l'ont toujours été depuis, même depuis le début de l'affection.

Mariée à 18 ans, la malade n'a jamais été enceinte. En décembre 1884, elle ressent, pour la première fois, des douleurs sourdes dans le côté gauche et son ventre commence à augmenter de volume. Les douleurs qui ne sont pas continues et reviennent irrégulièrement, sont de moins en moins vives.

En juillet 1885, ponction : on retire 12 litres de liquide bru-

nâtre « comme du café ». Six semaines après, deuxième ponction qui donne 10 litres.

Dix ponctions furent faites, de la sorte, en moins d'une année, nécessitées par des troubles de compression.

En octobre, amaigrissement très marqué ; le ventre est très volumineux. L'état général est médiocre ; un peu d'albumine dans l'urine.

Ovariotomie faite le 2 novembre.

Ascite avec 12 litres de liquide verdâtre. On trouve deux tumeurs végétantes, du volume du poing, implantées sur le bord supérieur des ligaments larges et développées aux dépens des ovaires. Adhérences. Masses polykystiques développées aux dépens des deux ovaires. Le kyste gauche pèse 700 grammes ; le kyste droit pèse 550 grammes ; les deux réunis contenaient 9 litres de liquide.

La surface externe de ces kystes présentait de volumineuses végétations en choux-fleurs.

Observation 64

Kyste prolifère papillaire de l'ovaire avec métastase péritonéale. Kyste végétant à gauche et multiloculaire à droite. Laparotomie. Guérison (In : thèse de Cazenave. Obs. V). (*Résumée.*)

Cl... Eugénie, 24 ans, journalière, entre à Pascal le 24 février 1891. Réglée régulièrement, elle n'a jamais eu d'enfant, ni de fausse couche. Elle n'a jamais été malade jusqu'à il y a deux ans.

Depuis cette époque ses règles sont moins régulières, et sont

devenues douloureuses. Son ventre a grossi d'une façon très appréciable.

L'état général est peu altéré.

A droite, il s'agissait d'un kyste multiloculaire avec quelques rares végétations internes : à gauche la tumeur kystique est franchement papillaire. Une des poches de la tumeur droite était incluse dans le ligament large. Guérison.

Observation 65

Kyste prolifère papillaire des deux ovaires, propagation au péritoine pelvien. Adhérences intestinales. Péritonite chronique. Ablation. Drainage. Guérison.

(In thèse de Cazenave. Ob. VII (*résumée.*)

M... Adrienne, 35 ans. Réglée à 13 ans 1/2 toujours régulièrement ; les menstrues étaient assez abondantes et duraient quatre à cinq jours. Première grossesse à 22 ans, terminée par un accouchement normal, deuxième grossesse à 24 ans, troisième grossesse à 30 ans. Le malade a toujours souffert du ventre depuis son mariage, ces douleurs disparaissaient pour quelque temps au moment de la menstruation.

Depuis deux ans, elle s'est aperçue qu'elle avait, du côté gauche, dans l'hypogastre une tumeur dure du volume d'un œuf. Cette tumeur était la cause de douleurs vives disparaissant au moment des règles. Pas de leucorrhée, ni de métrorragies. La tumeur a augmenté depuis six mois ainsi que les douleurs.

Depuis deux mois, l'abdomen a augmenté de volume.

Etat général assez bon.

A l'opération le 18 avril 1893, on constata qu'il s'agissait

d'une tumeur très irrégulière, recouverte de végétations papillaires en choux-fleurs, envoyant des prolongements dans la cavité de Douglas qui est tapissée de masses végétantes. Nombreuses adhérences.

L'ovaire droit volumineux, mais non déformé, est dégénéré et présente des végétations à sa surface. Il adhère également à l'utérus.

Il y avait 8 litres environ d'ascite. A part deux ou trois végétations, la cavité abdominale semble saine. Guérison.

B). — Dermoides.

Observation 66

Alquié (*Gaz. des Hôpitaux*, 1857, p. 230.)

Tumeur considérable, composée de dix poches embrgonnaires, contenues dans les ovaires d'une femme adulte (Résumée).

Une femme, âgée de 49 ans, fut apportée dans le service de M. Alquié, se mourant de *phtisie*. Cette femme, d'une constitution des plus débiles, ayant mené une vie désordonnée, n'avait cependant jamais eu d'accouchements et elle était toujours *restée bien menstruée*.

A l'examen, on trouve une tuméfaction abdominale, analogue à celle d'une grossesse à terme, datant d'une époque assez éloignée, mais qui, selon les dires de la malade. n'aurait acquis ses dimensions actuelles que depuis quelques mois. Bosselures nombreuses à la surface du ventre ; fluctuation obscure et points plus résistants. Du reste, pas de bruits, ni battements insolites La vessie retient faiblement l'urine ; le vagin est allongé et

tiraillé vers le détroit supérieur et entraîné à gauche où l'on soupçonne la présence du col de la matrice, lequel ne peut être constaté soit par le toucher, soit à l'aide du spéculum.

Diagnostic : *Kyste embryonnaire.* Mort très rapide.

Nécropsie. — A l'ouverture du ventre on reconnaît l'existence de deux tumeurs, l'une plus volumineuse qui s'élève jusqu'à l'épigastre et aux hypocondres refoulant les viscères vers le diaphragme. A gauche se trouve adossée la deuxième tumeur, séparée de la précédente par l'utérus aplati, et remonté dans l'abdomen.

La trompe droite atrophiée est très difficile à reconnaître ; la gauche a son conduit perméable. La tumeur principale, qui n'est autre chose que l'ovaire droit coiffé du péritoine, présente au-dessous un fascia fibreux et très adhérent à l'enveloppe propre de la tumeur.

Cette enveloppe est commune à quatre kystes principaux situés à la surface de cette masse énorme, et tous tapissés en dehors par une membrane d'apparence séreuse.

Le premier kyste contient 1 litre environ d'une matière semblable à de l'axonge. Dans les poches restantes, se trouvent des cheveux soyeux, de couleurs différentes, suivant leur siège, d'une longueur considérable et imprégnés d'une substance grasse. Dans le premier des kystes fibreux, les cheveux viennent s'implanter isolément sur un point de la paroi de la cavité, point analogue au cuir chevelu, et d'où s'élèvent deux tubercules spongieux séparés par une partie dure. Celle-ci est une portion osseuse rappelant un des fragments de maxillaire sur lequel trois dents étaient implantées.

La deuxième poche renferme une portion de maxillaire supé-

rieur avec deux dents et une partie analogue à la peau du crâne et à laquelle s'insèrent des cheveux en bon nombre.

La troisième poche contient des cheveux, une dent incisive, implantée sur une sorte de cupule cartilagineuse et un fragment osseux de 4 centimètres de long.

La quatrième poche renferme aussi des cheveux et des portions cartilagineuses qui tapissent sa surface.

La deuxième tumeur formée par l'ovaire gauche est entourée des mêmes membranes que la droite et renferme six kystes pileux vers sa surface.

L'une de ces parties contient un fragment de maxillaire supérieur donnant implantation à sept fortes dents.

La seconde renferme un produit dentaire.

La troisième offre un fragment osseux recouvert de périoste et de débris ossiformes. Une quatrième poche fournit un petit tubercule osseux enveloppé de périoste. Les deux autres contiennent seulement des cheveux analogues aux touffes considérables trouvées au sein des kystes précédents. Une disposition commune aussi à tous ces kystes pileux, c'est la présence d'adhérences fibreuses entre les parois et les produits qu'ils renferment.

C). — Tumeurs kystiques.

Observation 67.

Flaischen *(Zeitschrift für geburst und gynœkologie,* 1889).

Kystes mucoïdes et dermoïdes accolés. Dégénérescence endothéliosarcomateuse. Pas de généralisation.

Cité in : Debuchy (Thèse 1899. Obs. XXXII). (*Résumée.*)

Femme ayant eu deux enfants. Avortement, il y a un an et,

ensuite, pertes sanguines ayant duré douze semaines. Depuis ce temps, elle souffre de pertes sanguines irrégulières. Dans ces derniers temps, la malade était devenue très malade.

Utérus repoussé à droite et en arrière.

A droite et couchée sur lui, une tumeur.

A gauche, trois tumeurs au-dessus l'une de l'autre; l'inférieure, grosse comme le poing, est située dans le petit bassin.

Le 8 janvier. — L'ovariotomie permet de voir qu'il s'agit d'un kyste multiloculaire dont une des cavités kystiques avait tous les caractères d'un kyste dermoïde. Cette tumeur est compliquée par un dégénérescence sarcomateuse diffuse qui a envahi es parois de ces kystes.

Observation 68

Cité in : (Debuchy. Obs. XIII, p. 60).

Biermann (*Prager med. Wochenschrift*, 1885, n° 21, p. 201). *Epithélioma pavimenteux greffé sur un kyste dermoïde ; généralisation au péritoine et à l'intestin* (*résumée*).

T. K..., femme de 21 ans, célibataire, entrée à la clinique du professeur Gressenbauer le 21 avril 1884 ; la malade se plaignait de douleurs datant de quatre mois et ayant pour siège une tumeur abdominale, immobile, s'étendant de l'hypocondre droit à l'hypocondre gauche. Comme date d'apparition de la tumeur, la malade accusait une chute faite quatre mois auparavant sur le côté droit du bassin. Réglée à 12 ans. Dernière menstruation en février 1884. Les règles apparaissent au commencement, toutes les semaines et plus tard régulièrement toutes les quatre semaines.

Diagnostic clinique. — Carcinôme de l'ovaire droit ; plus tard, hydrothorax et ascite. Mort dans le marasme, le 12 mai. Autopsie le 13. Organes abdominaux bouleversés par une tumeur grosse comme quatre têtes d'adultes, qui se trouvait en union intime avec les organes génitaux. Excroissances conjonctives sur le péritoine, injectées et ecchymotiques. Sur le péritoine, recouvrant le diaphragme, on voyait des noyaux de la grosseur d'une noix qui étaient le siège d'hémorrhagies nombreuses.

Union intime de la tumeur avec la vessie et l'utérus.

L'ovaire droit est entièrement détruit par une masse. De l'ovaire gauche il ne restait plus qu'une petite partie encore reconnaissable.

La coupe de la tumeur à gros grains montrait un néoplasme, entièrement rempli de petites cavités kystiques.

Observation 69

Tumeur maligne des ovaires avec métastase péritonéale. Laparotomie exploratrice. Drainage. Amélioration considérable sans reproduction d'ascite.

(In thèse de Cazenave, obs. IV). (*Résumée.*)

Vanderm..., 42 ans, entre à l'hôpital Pascal le 10 juin 1891.

Sa mère serait morte hydropique après plusieurs ponctions.

Réglée à 16 ans, les règles ont toujours été normales. Pas d'enfants ni de fausses couches. La santé a été excellente jusqu'à ces trois derniers mois. A ce moment douleurs dans le bas-ventre, puis sensation de pesanteur et de tiraillements.

Tumeur à marche extrêmement rapide. Une ponction faite a donné issue à 7 ou 8 litres de liquide ascitique. Malgré cela,

lorsque M. Pozzi fit trois semaines après une laparotomie exploratrice il retira encore 15 litres de liquide. Il s'agit d'une tumeur polykystique dont la surface est par endroits irrégulière. Tous les organes voisins sont recouverts de granulations plus ou moins développées. Cancer des ovaires avec généralisation au péritoine pelvien et iliaque et une tumeur métastatique du grand épiploon. Lésion inopérable. Suites bonnes.

Observation 70

(*In* thèse de Cazenave, obs. VI). (*Résumée*).

Tumeur papillaire des deux ovaires. Greffes péritonéales. Laparotomie. Guérison. Récidives successives ayant nécessité trois laparotomies. Diminution progressive de la gravité des lésions. Guérison.

B... Marie, 39 ans, entre à l'hôpital Broca le 26 novembre 1893.

Sa mère est morte à 55 ans d'un cancer de l'utérus.

Réglée à 15 ans; ses règles furent irrégulières et douloureuses pendant les premières années. A 21 ans accouchement à terme ; à la suite de sa grossesse, elle eut des métrorrhagies abondantes qui durèrent quatre ans et l'obligèrent à s'aliter pendant plusieurs jours chaque mois. La malade se plaint depuis son accouchement de douleurs lombaires et pelviennes ; ces douleurs augmentent en 1882.

En août 1893, son ventre augmente de volume, les douleurs deviennent plus vives, les métrorrhagies ont reparu.

Une ponction pratiquée le 3 janvier permet de retirer 6 litres 1/2 de liquide citrin.

Elle fut opérée le 10, on constata qu'il s'agissait bien d'une tumeur papillaire des deux ovaires provenant sans doute de la déhiscence d'un kyste papillaire.

Des récidives se produisirent qui nécessitèrent trois nouvelles interventions, la malade est guérie.

∴

Soixante des malades dont nous possédons les observations étaient atteintes de kystes unilatéraux et dix d'affection bilatérale. Quatre d'entre elles ont été opérées deux fois, ce qui porte donc le nombre de nos observations à 74. Deux fois, il s'agit de kystes uniloculaires, 13 fois de kystes multiloculaires, 10 fois de kystes végétants, 14 fois de kystes dermoïdes, 3 fois de kystes parovariens, 9 fois de tumeurs kystiques et 13 fois enfin, de kystes dont la désignation n'a pas été indiquée.

Dans la catégorie des kystes uniloculaires, l'écoulement a été régulier deux fois (obs. 1 et 2) ; une fois il s'est accompagné de douleurs (obs 2) ; une fois les règles ont été moins abondantes (obs. 2) ; enfin une fois il s'est produit des métrorrhagies après la ménopause (obs. 1).

L'étude des observations des kystes multiloculaires nous a montré que dans huit cas l'écoulement avait été régulier (obs. 3, 4, 5, 6^a, 6^b, 9, 11, 12) ; une fois l'écoulement régulier avait été précédé d'une période d'indécision insignifiante (obs. 5). Dans une observation, il est noté comme moins abondant (obs. 8) ; une fois aussi il

est noté comme plus abondant (obs. 8) ; dans un cas il a duré moins longtemps que d'habitude (obs. 6ª), et sa coloration a été diminuée (obs. 6ª). Dans 2, il s'est accompagné de douleurs (obs. 6ª, 14). Deux fois, il est noté comme irrégulier (obs. 8, 13). L'abondance de l'écoulement fut telle qu'il y eut ménorrhagie dans les observations 7 et 9. Il se produisit des métrorrhagies dans 3 cas (obs. 6ª, 7, 8). Trois fois il y eut de l'aménorrhée (obs. 8, 13,14). Une fois il est signalé des pertes blanches abondantes (obs. 8) ; une fois enfin il se produisit des métrorrhagies après la ménopause (obs. 10).

Dans les observations de kystes végétants, l'écoulement s'est produit d'une façon régulière 8 fois (obs. 15, 16ª, 16ᵇ, 17, 18, 19, 20, 21). Une seule fois il s'est accompagné de douleurs (obs. 16ª). Une seule fois aussi la quantité de sang répandu a été moins abondante (obs. 16ᵇ). Il y a eu dans un cas des ménorrhagies (obs. 16ᵇ), dans un autre il y eut des métrorrhagies (obs. 15), et dans trois cas enfin, il y avait de l'aménorrhée (obs. 16ᵇ, 22, 23).

Nous trouvons, dans les observations de kystes dermoïdes, 8 fois la régularité de l'écoulement (obs. 24, 26, 27, 28, 30, 33, 34, 37). L'abondance de l'écoulement fut moindre dans un cas (obs. 25) en même temps que sa coloration fut diminuée (obs. 25) et que sa durée fut plus courte (obs. 25). L'écoulement est irrégulier dans 3 observations. Une fois il y a avance (obs. 29), une fois retard (obs. 25), une autre fois la nature de l'irrégularité n'a pas été notée (obs. 31). Dans l'observation 29 il y eut des ménorrhagies (obs. 29) alternant

des métrorrhagies (obs. 29). Enfin, 4 fois l'écoulement a été supprimé (obs. 25, 32, 36, 37).

Dans les observations de kystes parovariens, l'irrégularité de l'écoulement est signalée 4 fois; 2 fois, il y eut de l'avance (ob. 38, 39); 2 fois du retard (38, 39) Dans un cas il s'est accompagné de douleurs (obs 38). Une fois les règles furent moins longues (obs. 40), moins abondantes (obs. 40), plus pâles (obs. 40). Une fois, au contraire, elles furent plus longues (obs. 39), plus abondantes (obs. 39), une fois elles se changèrent même en ménorrhagie (obs. 39).

Dans les observations où il s'agit de tumeurs kystiques l'écoulement est régulier 7 fois (obs. 42, 43, 44, 45, 47, 48[a], 48[b]). Il s'est accompagné de douleurs dans l'observation 44. Une fois les règles sont notées comme assez abondantes (48[b]). Dans un cas il est irrégulier, les règles se produisirent avec de l'avance (obs. 41). Enfin une fois, elles furent supprimées (obs. 46).

Dans les observations des kystes dont nous ne connaissons pas la nature, l'écoulement est noté comme régulier 6 fois (obs. 51, 53, 54, 57, 58, 59). Une fois il fut moins abondant (obs. 55), une fois, de moins longue durée (obs. 50) une fois, moins coloré (obs. 50). Les règles furent plus longues dans 3 cas (obs. 49, 51, 55), plus abondantes (obs. 49, 51, 55). Onze fois, il y eut de la dysménorrhée ; dysménorrhée par douleur (obs. 49, 50, 52[a], 52[b], 55, 56) ; dysménorrhée par rétention (obs. 49, 50, 51, 55, 56). Dans trois cas, les règles furent irrégulières ; avec avance (obs. 50) ; avec retard (obs. 60) ; et dans l'observation 55, sa nature n'est pas indiquée.

Trois fois, il y eut des ménorrhagies (obs. 54, 55, 60), 2 fois, des métrorrhagies (obs. 50, 51). Dans 6 cas les règles furent supprimées (obs. 49, 52ᵃ, 54, 55, 56, 57). Quatre fois, enfin, la malade eut des pertes blanches (obs. 50, 52ᵃ, 53, 54).

Dans nos dix observations de tumeurs bilatérales, cinq fois il s'agit de kystes végétants, une fois de kystes dermoïdes et cinq fois de tumeurs kystiques.

Leur étude d'ensemble nous montre que l'écoulement a été régulier six fois (obs. 61,63,65,66,68,69) une fois il a été moins abondant (obs. 61); trois fois il s'est accompagné de douleurs (obs. 61,62,64) ; une fois de caillots (obs. 61). Il a été irrégulier une fois (ob. 64); deux fois il y eut des métrorrhagies (obs. 67,70), et deux fois enfin, il y eut de l'aménorrhée (obs. 62,68).

Si nous ajoutons ces résultats à ceux que nous avons obtenus en étudiant les observations de tumeurs unilatérales, nous pouvons constituer le tableau suivant :

Règles absolument normales. . . chez 32 malades.
Règles troublées. . . . . — 41 —

Chez une malade enfin, le kyste s'était développé après la ménopause.

Dans les 41 observations les troubles se répartissent de la façon suivante :

Écoulement régulier. . . dans 15 cas
— moins abondant . . 7 —
— moins long. . . . 4 —
— moins coloré . . . 4 —
— plus long . . . . 4 —

Ecoulement plus abondant dans 6 cas
Dysménorrhée par douleur. . . 15 —
— par rétention . . 6 —
Irrégularité indéterminée. . . 5 —
— avec avance . . . 5 —
— avec retard. . . . 4 —
Ménorrhagie . . . . . 8 —
Métrorrhagie . . . . . 9 —
Aménorrhée. . . . . 19 —
Pertes blanches. . . . . 5 —
Métrorrhagie après ménopause . 2 —

§ IV. — De la fréquence des troubles menstruels au cours de l'évolution d'un kyste de l'ovaire

Nous venons de voir quelles modifications pouvaient subir les règles au cours de l'évolution d'un kyste ovarique, reprenons maintenant les statistiques parues à ce sujet et ajoutons-y la nôtre, nous pourrons ainsi nous faire une idée de la fréquence des troubles menstruels que l'on rencontre pendant le développement d'une affection kystique de l'ovaire.

Négroni examinant 645 observations a trouvé :

la menstruation régulière . . . 60 fois
— troublée . . . 36 fois

Sur les 94 cas de West.

la mensuration est régulière . . 29 fois
— troublée . . 56 fois

Dans sa statistique, les troubles se répartissent de la façon suivante :

Menstruation douloureuse	1
— profuse	9
— en avance	5
— irrégulière	10
— en retard	3
— rare	6
— supprimée	22
	56

Gallard a examiné 169 malades et a trouvé les résultats suivants :

La menstruation a été normale.	87 fois
— troublée.	82 fois par conséquent
Les règles ont été supprimées.	21 fois
Il y a eu abondance moindre ou retard.	11 fois
Règles plus abondantes ou plus longues	22 fois
Règles irrégulières ou douloureuses.	21 fois

Si nous analysons les statistiques d'ovariotomies publiées dans le *Bulletin de la Société de Chirurgie* de 1882 à 1891, nous voyons que sur 200 malades opérées par lui, Terrier a trouvé :

La *menstruation* absolument normale.	66 fois
— troublée . .	134 fois par conséquent

Chez ses malades, les modifications des règles se répartissent de la façon suivante :

Écoulement régulier.	12 fois
— peu abondant. . .	2 —
— assez abondant . .	3 —
— douloureux. . . .	8 —
— irrégulier.	30 —
Ménorrhagies	5 —
Métrorrhagies.	18 —
Aménorrhée.	18 —
Règles plus fréquentes	1 —
Hémorrhagies après la ménopause.	2 —

Ajoutons l'un à l'autre ces différents résultats :
Sur 1182 observations, la menstruation est :

normale.	274 fois
troublée.	349 fois

Pour connaître la fréquence relative de chacune des modifications signalées, nous allons encore avoir recours aux statistiques dont nous venons déjà de faire usage. Malheureusement nous serons obligés de laisser de côté celle de Négroni et celle de Gallard qui ne contiennent pas de chiffres correspondant à chacun de ces troubles. Nous nous contenterons de celle de West, de celle de Terrier et enfin de la nôtre. Nous arrivons ainsi à réunir 338 observations dont l'examen nous conduit au résultat suivant :

Écoulement régulier.	27 fois
— moins abondant. .	7 —

Écoulement moins long . . .	4 fois
— moins coloré. . .	4 —
— plus long	4 —
— plus abondant . .	9 —
Dysménorrhée par douleur . .	24 —
— rétention. . . .	6 —
Irrégularité indéterminée . .	45 —
— avec avance. . .	10 —
— avec retard. . .	7 —
Ménorrhagies	22 —
Métrorrhagies	27 —
Aménorrhée.	59 —
Pertes blanches.	5 —
Métrorrhagies après ménopause	4 —
Menstruation rare.	6 —
Règles plus fréquentes . . .	1 —

§ V. — Ces troubles de la menstruation sont-ils attribuables ou non au kyste ?

Nous venons de voir quels troubles menstruels on rencontrait pendant le développement d'une affection kystique de l'ovaire, est-ce à dire que tous ces troubles soient imputables au kyste ? Nullement et sur ce point les auteurs sont tous d'accord. Terrier, en particulier, dans les statistiques d'ovariotomies qu'il a publiées, après nous avoir signalé les troubles de la menstruation qu'il avait rencontrés chez ses malades, nous indique que bon nombre de ces troubles étaient dus soit à un état

particulier de la malade, soit à une affection intercurrente.

Sans nous arrêter davantage aux travaux de nos devanciers, examinons, d'après nos observations, si ces troubles sont ou non produits par l'affection kystique.

Nous ne nous attarderons pas à rappeler les principales causes des troubles menstruels. Disons seulement que les nerveuses et les pléthoriques y sont plus prédisposées que les autres et qu'en dehors de cette considération, des causes multiples peuvent troubler plus ou moins profondément les règles. Les unes sont de simples modifications dans l'état physiologique de la femme ; les autres sont d'ordre pathologique.

Dans trente-cinq de nos observations de kystes unilatéraux, nous avons constaté l'existence de troubles de la menstruation.

Nous avons, en les signalant, laissé délibérément de côté les modifications physiologiques des règles qu'avaient présentées les malades pendant leurs grossesses ou pendant leurs allaitements. Disons cependant que quelques-unes croyaient avoir dépassé le terme habituel de la gestation et prétendaient avoir eu à cette occasion une période d'aménorrhée plus longue que la période habituelle. Nous ne nous y arrêterons point car le fait peut très bien se produire à l'état normal. Il n'est pas nécessaire, en effet, pour cela, que la grossesse soit prolongée ou qu'une cause morbide quelconque intervienne ; il suffit que la femme se soit trouvée fécondée quelques jours avant une période menstruelle.

D'autres ont prétendu avoir revu leurs règles pendant qu'elles allaitaient, les unes au sixième mois, d'autres au neuvième, une autre enfin aurait revu au sixième mois de tous ses allaitements. Or M. Pinard prétend que beaucoup de primipares revoient pendant tout leur allaitement et que ce n'est guère à la suite de la troisième que les règles sont totalement supprimées. Le cas de nos deux premières malades n'a donc rien d'extraordinaire. Il n'en est pas de même de la dernière. Le fait est assez rare et, bien qu'il ne puisse en aucune façon être attribué au kyste, il méritait néanmoins d'être signalé au passage.

Sur les 41 observations dans lesquelles des troubles ont été notés, 35 se rapportent à des affections unilatérales. Or, dans 3 de ces observations, les troubles des règles existaient avant l'apparition de la tumeur et n'avaient depuis subi aucune modification (obs. 16[a], 38, 41) ; dans 15 autres, les modifications menstruelles ne semblent pas dues au kyste (obs. 7, 9, 13, 22, 23, 36, 39, 46, 48[b], 49, 52[a], 52[b], 54, 55, 56) ; enfin dans 17 autres, le rôle du kyste est manifeste. Tantôt, (8 fois), il existe seul, indépendamment de toute complication, (obs. 6[a], 15, 29, 31, 40, 44, 50, 60) ; tantôt, (9 fois), le kyste est compliqué, ou bien il est associé à des causes étrangères (obs. 2, 8, 14, 16[b], 25, 32, 37, 51, 57).

Nous ne nous arrêterons pas à discuter les observations 16[a], 38 et 41, leur lecture suffit pour nous montrer que les troubles menstruels étaient antérieurs à l'apparition de la tumeur et n'ont point été modifiés par elle.

Dans les 15 observations qui constituent le deuxième groupe le kyste semble complètement étranger aux modifications des règles.

La malade qui fait l'objet de l'observation 7 a toujours eu des règles troublées, mais depuis l'apparition de la tumeur, ces troubles ont pris une plus grande extension. Or, c'est précisément au moment où son état général devenait mauvais, que ses règles se modifièrent davantage. C'est donc cet état général mauvais qui, plutôt que le kyste, paraît être la cause de ces modifications.

Depuis son opération, les troubles des règles se sont de nouveau reproduits ; mais il est possible que dans ce cas ils soient attribuables à la ménopause qui aurait été avancée par l'opération.

Dans six observations, c'est l'état général seul qui doit être incriminé (obs. 23, 36, 48^{b} et 49, 52^{a}, 52^{b}). Dans deux de ces observations (obs. 23, 36), il s'agit manifestement de tumeurs malignes étant donné leur développement énorme par rapport à la courte durée de leur évolution. L'une du reste s'accompagnait d'ascite (obs. 23).

Dans ces deux observations l'état général était tel qu'à lui seul il suffisait pour empêcher les règles de se produire. Que le kyste ait été la cause de cet état général mauvais, la chose est possible sinon certaine, mais il n'en est pas moins vrai que c'est cet état général qui doit être mis en cause et non le kyste. L'une de ces malades (obs. 36), quoique âgée de 21 ans, n'avait encore jamais été réglée. On n'en sera pas surpris quand on

aura remarqué que c'est précisément à l'époque où elle aurait dû l'être régulièrement que la tumeur augmenta considérablement de volume entraînant sans doute avec elle la cachexie qui devait causer la mort de cette malade.

Dans l'observation 48^b les règles furent simplement augmentées d'abondance. Néanmoins elles ne le furent que lorsque l'état général fût devenu mauvais.

Dans l'observation 49 c'est encore au mauvais état général de la malade que doivent être attribuées les modifications des règles. Elle en eut en effet une fausse couche à la suite de laquelle son état était devenu très précaire. Jusque-là ses règles avaient été normales ; ce n'est que depuis qu'elles sont devenues plus abondantes, plus longues, douloureuses ; s'accompagnant de caillots et enfin qu'elles ont été supprimées.

Les deux dernières observations (obs. 52_a , 52^b) se rapportent à la même malade qui a été opérée deux fois pour des kystes de l'ovaire. Il s'agit d'une jeune fille qui, élevée au grand air à la campagne, vint habiter la ville en qualité de domestique. Elle y devint rapidement anémique au point d'être obligée d'aller faire une cure au grand air. Ses règles qui avaient subi des modifications profondes redevinrent alors normales. Cet état général mauvais était donc bien la cause des troubles menstruels. Eh bien, dans la première observation de cette malade comme dans la deuxième c'est dans des circonstances semblables que se sont produites l'aménorrhée, les pertes blanches, puis la dysménorrhée par douleur et par rétention. Il n'y a donc pas

encore lieu dans ce cas d'incriminer la présence du kyste.

Enfin, dans les observations suivantes, plusieurs raisons doivent être invoquées pour expliquer la présence des troubles de la menstruation.

La malade de l'observation 13 a tout d'abord présenté de l'irrégularité des règles ; or sans crainte d'être contesté nous pourrons affirmer que cette irrégularité n'est point due au kyste puisqu'elle existait avant son apparition et qu'elle n'a point été modifiée par elle. Mais la malade a en outre présenté une période d'aménorrhée de cinq mois. Doit-elle être attribuée ou non au kyste. Lorsqu'on aura remarqué que cette aménorrhée coïncidait avec l'évolution d'une grossesse on aura tranché la question. A cette grossesse s'ajoutait si besoin était, comme seconde raison, un état général très mauvais qui pouvait être la résultante de la simultanéité du développement du kyste et de la grossesse.

Dans l'observation 22, c'est à la suite d'un refroidissement qu'aurait débuté la tumeur qui devint rapidement très volumineuse. Il est très probable que le début de la période d'aménorrhée est la conséquence de ce refroidissement, mais il n'en est pas moins vrai que c'est à l'état général de la malade devenu rapidement mauvais que cette modification des règles doit sa persistance.

C'est à la suite d'un accouchement qu'aurait débuté la tumeur, dans l'observation 46, et depuis cette époque la malade n'aurait pas revu ses règles. Mais d'abord la malade avait allaité pendant dix-huit mois, puis son

état général était devenu très mauvais si bien que dans ce cas, nous nous expliquons parfaitement cette aménorrhée. Il est certain que le mauvais état général était le fait de la malignité du kyste et de sa rupture, mais il n'en est pas moins vrai que c'est lui qui est la cause immédiate de la suppression des règles.

La malade qui fait le sujet de l'observation 54 a présenté des ménorrhagies puis de l'aménorrhée. Or, au moment où les premiers troubles apparurent, le malade était porteur d'un polype utérin, qui en était certainement la cause. Cela est si vrai que lorsque cette tumeur eut été extirpée, les règles redevinrent normales. Quand apparut l'aménorrhée notre malade était âgée de 48 ans. Les règles ne sont point revenues depuis. Il s'agissait donc encore une fois de la ménopause.

Dans l'observation 55, la première partie des troubles (diminution des règles, douleur, irrégularité) est due au mauvais état général de la malade. La preuve, c'est qu'elles redevinrent régulières lorsque la malade eut été soignée. Quant à la deuxième partie des troubles (l'augmentation de l'abondance, de la durée, de la douleur, des caillots, puis l'aménorrhée) ils sont dus à la ménopause, cette malade ayant 51 ans. Une fois l'abondance des règles paraît avoir été influencée par un voyage en chemin de fer qu'elle fit en pleine période menstruelle. Il est possible que le fibrôme dont elle était porteur ait contribué à augmenter l'importance de ces troubles de la ménopause.

Nous en avons fini avec les observations dans les-

quelles le kyste ne semble pas avoir été la cause des troubles menstruels.

Dans les observations suivantes, le rôle du kyste paraît évident. Mais si dans huit de ces observations, la tumeur par sa nature semble avoir été la cause unique des modifications des règles, dans neuf autres, il nous faut à côté d'elle invoquer la présence d'une complication ou d'une cause étrangère.

Dans trois de ces observations, les troubles des règles sont apparus à la suite de la torsion du pédicule : (obs. 2, 25, 57). Dans l'observation 2, à la suite de la première crise, les règles s'accompagnèrent d'une vive douleur « dans le fondement », mais par ailleurs elles ne furent pas modifiées. La seconde crise n'apporta aucun changement; ce n'est qu'à la suite de la troisième qu'elles devinrent moins abondantes.

Dans l'observation 25, c'est à la suite de la première crise de torsion que se produisit la diminution d'intensité des règles. A la suite de la seconde, elles retardèrent et ne durèrent plus que trois jours au lieu de six ; peu après la troisième crise survint une période d'aménorrhée de trois mois.

Enfin dans l'observation 57, l'influence de la torsion est tout aussi manifeste. C'est en effet à la suite d'une douleur vive survenue au moment où les règles auraient dû apparaître que se produisit l'aménorrhée signalée.

Dans l'observation 14 la torsion du pédicule a encore déterminé des modifications, mais, cette fois elle n'en a pas été la seule cause.

Les troubles que l'on constatait depuis l'apparition

de la tumeur n'étaient en effet que la répétition des troubles qui s'étaient produits avant. Ils étaient sans doute causés par la rétroflexion de l'utérus, et ce n'est que depuis que le pédicule s'est tordu que de nouvelles modifications se sont produites. Tout d'abord il n'y a donc pas de troubles nouveaux, puis quand l'aménorrhée s'est produite, elle a été causée par la torsion du pédicule.

C'est à la suite d'une douleur très vive, éprouvée pour la première fois, que survint dans l'observation 32 une période d'aménorrhée. Or le kyste contenait du pus excessivement épais, il est fort probable que la douleur signalée n'était que la conséquence de l'inflammation de la tumeur et que c'est à cette inflammation qu'il faut attribuer la suppression des règles.

Enfin une nouvelle cause des troubles menstruels doit être invoquée dans l'observation 37. Il s'agit en effet d'une tumeur datant depuis déjà longtemps, qui n'avait gêné en aucune façon l'évolution d'une grossesse et n'avait pas non plus été influencée par elle et qui brusquement à la suite de crises de péritonite augmenta petit à petit de volume. La malade aurait été précisément à cette époque, deux mois sans voir ses règles. Il est donc fort possible que cette crise, surtout si elle est apparue au moment où les règles auraient dû venir, en ait empêché l'apparition.

Dans l'observation 8, diverses causes entrent en jeu pour produire les troubles des règles. C'est vraisemblablement grâce au nervosisme de la malade que se sont produites la ménorrhagie au moment de son mariage et l'irrégularité des règles. Il est probable, en effet, que

chez elle les excitations génésiques ont pu être suivies de conséquences exagérées du côté des organes génitaux. On signale en outre de la dysménorrhée dont il n'y a pas à tenir compte puisqu'elle existait avant l'apparition de la tumeur, puis de l'aménorrhée, une diminution considérable de l'abondance de l'écoulement et enfin une métrorrhagie. Le kyste dont il s'agit dans cette observation contenait du sang. Il est probable qu'à la suite d'une cause quelconque (peut-être à la suite de rapports sexuels répétés) une certaine inflammation se sera produite dans le kyste amenant des douleurs et causant la rupture de petits vaisseaux, ce qui aurait entraîné une petite hémorragie : d'où, le retard et que par cette hémorragie qui s'était arrêtée, permettant ainsi aux règles d'apparaître, s'était reproduite lentement en avril et en mai amenant ainsi l'aménorrhée. Après ce retard, il n'y a rien d'extraordinaire à ce que les règles aient été plus abondantes en juin.

Quant à la diminution de l'abondance de l'écoulement, elle peut être expliquée par le même mécanisme. L'hémorragie se serait reproduite pendant plus longtemps, mais avec une intensité beaucoup moindre, permettant ainsi à l'hémorragie menstruelle de se manifester quoique très faiblement.

Il est fort probable enfin que la métrorrhagie est due à une fausse couche. Elle s'est produite en effet à la suite d'une frayeur et depuis le mois précédent les seins avaient subi des modifications, qui disparurent après la perte. La malade aurait été alors fécondée après ses règles d'avril.

Jusqu'ici nous n'avons pas encore trouvé de modifications qui pussent être attribuées au kyste lui-même. Toutes celles que nous venons d'examiner sont attribuables à des complications des kystes. Dans les observations suivantes le kyste a contribué à la production des troubles des règles.

Dans l'observation 16 b, il est possible que le kyste ait déterminé les ménorrhagies, mais c'est certainement l'état d'affaiblissement consécutif à ces ménorrhagies qui a déterminé l'aménorrhée, puis la diminution de la quantité.

Dans l'observation 51, le kyste paraît avoir été la cause de l'augmentation de l'abondance et de la durée des règles ainsi que de la dysménorrhée par rétention. Ces troubles s'étaient bien produits au moment de la puberté, mais depuis, les règles avaient été régularisées par le mariage et la grossesse si bien qu'au moment de l'apparition de la tumeur elles étaient absolument normales.

Quant aux métrorrhagies, il est bon de remarquer qu'elles ont coïncidé avec une crise de torsion. Il est donc logique de les y rattacher.

Il nous reste à examiner maintenant les observations dans lesquelles le kyste a été par lui même indépendamment de toute complication la cause des troubles des règles.

Dans l'observation 6, il s'agit d'un kyste multiloculaire de nature maligne qui avait déterminé des métrorrhagies entraînant après elles de la diminution de la durée et de la coloration, puis de la dysménorrhée.

Dans l'observation 15, c'est un kyste multiloculaire dégénéré qui a déterminé des métrorrhagies.

Dans l'observation 29, il s'agit d'un kyste dermoïde de nature tellement maligne que l'opération ne put être faite complètement. Il avait déterminé des mémorrhagies, des règles plus fréquentes puis des métrorrhagies.

Le kyste dermoïde de l'observation 31 avait, contrairement à l'habitude, atteint un volume considérable. Il contenait un liquide brunâtre. Il s'agissait probablement là encore d'un kyste de nature maligne. Il n'avait causé que quelques irrégularités des règles.

Il s'agit dans l'observation 40 d'un kyste parovarien qui, dès qu'il eut manifesté sa présence, détermina une diminution de l'abondance de la couleur et de la durée des règles. Son pédicule était tordu, mais il faut admettre que la torsion était peu serrée car elle ne s'était point manifestée par les crises douloureuses habituelles et le liquide intrakystique n'était pas hémorragique.

Dans l'observation 44, on note seulement l'existence de douleurs produites par un kyste qui avait produit de l'ascite.

Dans l'observation 50, il s'agit d'un kyste qui en peu de temps avait atteint un volume considérable. Il avait déterminé une augmentation des pertes blanches, des métrorrhagies, de l'irrégularité des règles avec une diminution de la coloration et de la durée et enfin de la dysménorrhée par douleur et par rétention.

Dans l'observation 60, enfin, il s'agit manifestement d'un kyste de nature maligne à développement rapide,

à contenu sirupeux, gelée de groseille, adhérent, qui avait produit de l'irrégularité des règles et des ménorrhagies.

Deux fois des métrorrhagies après la ménopause ont été notées : une fois (obs. 1) chez une malade qui avait été toujours parfaitement réglée jusqu'à la ménopause, même depuis l'apparition de la tumeur ; une autre fois chez une malade de 70 ans (obs. 10) qui avait passé la ménopause au moment de l'apparition du kyste.

Si maintenant nous répartissons ces troubles menstruels suivant la variété de la tumeur, nous arrivons au résultat suivant :

Dans les kystes uniloculaires : une fois les règles ont été normales (obs. 1) ; une autre fois elles ont été troublées, mais ces troubles n'étaient pas dus au kyste lui-même (obs. 2).

Dans les kystes multiloculaires, exception faite de l'observation 10 dans laquelle le kyste se serait développé après la ménopause, 6 fois les règles ont été normales (obs. 3, 4, 5, 6^b, 11, 12), 6 fois les règles ont été troublées. Or une seule fois les troubles menstruels ont été produits par le kyste seul (obs. 6^a).

Dans les observations des kystes végétants : 5 fois les règles ont été normales (obs. 17, 18, 19, 20, 21), 5 fois elles ont été troublées, 3 fois non par le kyste (obs. 16^a, 22, 23), 1 fois en partie par le kyste (obs. 16^b), 1 fois enfin grâce au kyste seul (obs. 15).

Dans les observations de kystes dermoïdes : 8 fois les règles ont été normales (obs. 24, 26, 27, 28, 30, 33, 34, 35),

6 fois elles ont été troublées, 1 fois non par le kyste, (obs. 36), 3 fois par des complications du kyste (obs. 25, 32, 37), 2 fois par le kyste seul (obs. 29 et 31).

Dans les observations de kystes parovariens, les règles ont été troublées à toutes les fois ; 2 fois non par le kyste (obs. 38, 39), l'autre fois par le kyste seul, (obs. 40).

Dans les observations de tumeurs kystiques ; 5 fois les règles ont été normales (obs. 42, 43, 45, 47, 48[a]), 4 fois elles ont été troublées, 3 fois non par le kyste (obs. 41, 46, 48[b]), 1 fois par le kyste seul (obs. 44).

Dans les kystes dont la variété n'a pas été indiquée ; 3 fois les règles ont été normales (obs. 53, 58, 59), 10 fois elles ont été troublées, 6 fois non par le kyste (obs. 49, 52[a], 52[b], 54, 55, 56), 2 fois par des complications du kyste (obs. 51, 57), 2 fois enfin par le kyste seul (obs. 50, 60).

Laissant de côté les kystes parovariens, nous avons essayé de répartir nos observations de kystes unilatéraux en deux parts distinctes : l'une comprenant les kystes simples, l'autre les kystes de nature maligne. Nous nous sommes basé pour cela en dehors de la variété de la tumeur sur le rapport de son volume à la durée de son évolution, sur la nature de ses complications, sur l'importance des symptômes généraux dont elle avait été la cause. Nous avons ainsi classé parmi les kystes simples : les 2 kystes uniloculaires (obs. 1 et 2), 10 cas de kystes multiloculaires (obs. 3, 4, 5, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14), 9 cas de kystes dermoïdes (obs. 24, 25, 26, 27,

28, 30, 32, 33, 34, 35), et 5 cas de kystes dont nous ne connaissions pas la variété (obs. 49, 52ª, 52ᵇ, 54, 55). Les autres nous ont paru de nature maligne.

Si nous comparons les troubles des règles à la nature de la tumeur, nous trouvons que dans les kystes simples les règles ont été normales dans 13 cas et troublées dans 13 autres, et dans ces 13 derniers cas, 8 fois par des causes en dehors du kyste; 5 fois par une complication du kyste et pas une fois par le kyste seul.

Dans les kystes de nature maligne, les règles ont été normales dans 15 cas et troublées dans 19 autres et dans ces 19 derniers cas, 8 fois par des causes en dehors du kyste, 3 fois par des complications du kyste, 1 fois en partie par le kyste et 7 fois par le kyste seul.

Or, nous avons vu que lorsque le kyste était la cause des troubles menstruels, ceux-ci se traduisaient uniquement (en laissant de côté le kyste parovarien) par des métrorrhagies (4 fois), de l'irrégularité (3 fois), de la dysménorrhée par douleur (3 fois), des ménorrhagies (2 fois), de la diminution de la durée (2 fois), de la diminution de la coloration (2 fois), de la diminution de l'abondance (1 fois), par des règles plus fréquentes (1 fois), par de la dysmémorrhée par rétention (1 fois). Une fois on a noté une augmentation des pertes blanches et deux fois enfin des métrorrhagies après la ménopause.

Dans les trois kystes parovariens enfin, les règles ont été troublées trois fois, deux fois non par le kyste et une fois par lui seul. Dans ce dernier cas, les modifications des règles qu'il a déterminées ont été les suivan-

tes : de la diminution de la durée, de la diminution de la coloration, de la diminution de l'abondance.

Nous avons terminé l'étude des kystes unilatéraux, comme conclusion nous pourrons dire : le kyste de l'ovaire unilatéral lorsqu'il est simple ne trouble pas la menstruation ; s'il est de nature maligne, le plus souvent, il suit la même règle ; cependant, parfois il peut dans ce cas déterminer des troubles divers, mais jamais il ne détermine par lui-même l'aménorrhée.

Pour que les kystes unilatéraux puissent entraîner la suppression des règles il faut : ou bien qu'ils se compliquent de torsion brusque du pédicule, d'inflammation du kyste avec suppuration, de crises de péritonite graves, etc., ou bien que l'état général de la malade soit devenu mauvais au point de pouvoir à lui seul, indépendamment de la présence du kyste, causer l'aménorrhée.

Quant aux kystes parovariens, le plus souvent ils ne modifient pas les règles, mais quelquefois cependant, ils peuvent, comme l'ont montré Raimondi, puis Mouchotte (1), être la cause de troubles menstruels. D'après nos observations, ces troubles seraient de la diminution dans la durée, la coloration et l'abondance de l'écoulement menstruel.

Dix de nos observations se rapportent à des kystes bilatéraux. Quatre fois les règles sont restées normales (obs. 63, 65, 66, 69) ; six fois elles ont été troublées (obs. 61, 62, 64, 67, 68, 70).

1. Mouchotte. *Bulletin de la société anatomique*, juin 1902.

Dans toutes ces observations, sauf une, les tumeurs étaient de nature maligne. Dans l'observation 66, en effet, il s'agissait de deux kystes dermoïdes dont le début était très ancien. Les règles ne furent point modifiées. Des neuf autres observations, cinq ont trait à des kystes végétants bilatéraux et quatre à des tumeurs kystiques bilatérales. Or, dans les cinq premières, deux fois les règles sont restées absolument normales (obs. 63 et 65) ; une fois l'écoulement régulier était devenu douloureux, moins abondant et s'accompagnait de caillots (obs. 61) ; une fois les règles furent supprimées, puis quand elles revinrent, elles s'accompagnèrent de douleurs (obs. 62) ; une fois enfin, elles étaient devenues moins régulières et douloureuses (obs. 64).

Dans l'observation 64, il est possible que le mauvais état général de la malade ait été la cause de l'irrégula- et de la douleur des règles.

Dans tous les autres, les troubles de la menstruation paraissent devoir être attribués au kyste ; on ne peut guère en effet alléguer dans les observations 61 et 62 l'influence de la ménopause, car elle se serait alors produite bien prématurément surtout si l'on remarque que dans l'observation 61 les troubles menstruels se manifestaient déjà depuis un an.

Dans les quatre observations de tumeurs kystiques bilatérales, une fois les règles sont restées normales, (obs. 69), trois fois elles ont présenté des modifications diverses. Or, dans deux de ces cas, les troubles menstruels n'ont point été produits par le kyste. Les malades dans chacune de ces observations avaient un

état général tellement mauvais qu'il était à lui seul capable de troubler les règles. Dans l'observation 70 seule, les troubles menstruels sont dus aux kystes eux-mêmes. Ils se traduisirent par des métrorrhagies.

En résumé, dans la seule observation de kystes bilatéraux simples que nous possédions, les règles n'ont pas été modifiées, et dans les neuf observations de tumeurs bilatérales de nature maligne, 3 fois les règles sont restées normales, 3 fois les troubles ont été produits par le mauvais état général de la malade, 3 fois enfin ils sont attribuables aux kystes.

Si l'on place par ordre de fréquence les modifications menstruelles rencontrées dans ces 3 observations, on peut les répartir alors de la façon suivante : douleurs (2 fois), métrorrhagies (1 fois), dysménorrhée par rétention (1 fois), diminution de l'abondance (1 fois) ; aménorrhée (1 fois).

Il en résulte donc que lorsque les kystes sont bilatéraux, les règles peuvent rester normales, ou bien présenter des modifications diverses ou bien enfin être supprimées.

Nous avons vu quelles modifications les règles pouvaient subir pendant l'évolution d'un kyste de l'ovaire, quelle conclusion pratique peut-on tirer de cette étude?

Lorsqu'une malade atteinte d'affection kystique de l'ovaire présentera de la suppression des règles, ou bien il s'agira d'une affection bilatérale ayant détruit complètement le tissu ovarien et, dans ce cas, l'aménorrhée sera définitive; ou bien il s'agira d'une affec-

tion bilatérale ayant conservé l'intégrité d'une partie au moins de tissu ovarien ou d'une affection unilatérale, mais toutes deux compliquées soit d'un mauvais état général de la malade, soit d'une torsion du pédicule (etc.). L'interrogatoire de la malade nous révélant dans ce dernier cas l'existence de crises douloureuses viendra confirmer le diagnostic.

Quant à la nature du kyste, peut-elle être manifestée par les troubles de la menstruation? Evidemment, lorsqu'un kyste unilatéral s'accompagnera d'un mauvais état général de la malade ayant entraîné la suppression des règles, il y a bien des chances pour qu'on ait affaire à une tumeur de nature maligne. Mais si les kystes simples ne modifient pas les règles, souvent les kystes malins se comportent de la même façon, de sorte qu'au point de vue du diagnostic de la nature de l'affection kystique l'examen des règles ne peut pas nous aider beaucoup.

Il n'en est peut-être pas de même lorsqu'il s'agit de diagnostiquer le kyste de l'ovaire de certaines tumeurs abdominales. Une erreur qui est malheureusement assez fréquente consiste ou bien à prendre un kyste de l'ovaire pour une grossesse et réciproquement, ou bien à méconnaître en présence d'un kyste de l'ovaire une grossesse concomitante.

La cause de cette erreur vient sans doute de ce fait qu'on a prétendu que le Kyste de l'ovaire déterminait l'aménorrhée et d'autre part que certaines femmes pouvaient être réglées pendant la grossesse. Nous nous sommes expliqué sur le premier point, disons à propos

du second que malgré les observations rapportées par Cazeaux, Haller, Mauriceau, la plupart des accoucheurs, et en particulier Pajot, Tarnier, Pinard sont formels sur ce point. On peut voir, disent-ils des hémorrhagies se produire au cours de la grossesse, mais ces hémorrhagies diffèrent de l'écoulement menstruel vrai, soit par leur durée, soit par leur qualité, soit par leur quantité, et M. Pinard ajoute qu'il n'a pas encore observé une seule fois la persistance des règles chez une femme enceinte. Pendant la grossesse, on ne trouve pas d'hémorrhagie égale en durée, en qualité et en quantité à l'hémorrhagie menstruelle et se reproduisant d'une façon régulière et périodique.

Si donc en face d'une femme présentant une tumeur abdominale unique et fluctuante, on se demande, après avoir éliminé les causes d'erreurs provenant de l'existence possible de complications du kyste, s'il s'agit d'un kyste de l'ovaire ou d'une grossesse avec hydramnios, deux cas peuvent se présenter : ou bien les règles seront supprimées et il s'agira alors d'une grossesse, ou bien elles seront conservées, normales ou avec des modifications plus ou moins grandes, et il s'agira dans ce cas d'un kyste.

Il pourra se faire aussi qu'alors même que l'existence d'un kyste sera manifeste, les règles seront supprimées, c'est qu'il existera dans ce cas une grossesse concomitante.

On comprend tout de suite l'intérêt de cette question. Prendre un kyste pour une grossesse c'est exposer la malade à être opérée avec moins de chance de gué-

rison par le fait de l'attente à laquelle on l'astreint ; mais prendre une grossesse pour un kyste semble pour elle peut-être encore plus gros de conséquences.

En effet, si alors qu'il existe un kyste qui peut devenir un danger très grand, tous les chirurgiens, gynécologistes, accoucheurs, s'accordent pour préconiser l'opération précoce au cours de la grossesse, il n'en est pas moins vrai que tous regardent cette opération dans ces conditions comme préjudiciables aux grossesses futures.

L'opération ainsi pratiquée peut être, en effet, sans inconvénients pour la grossesse actuelle, surtout si l'on pratique systématiquement, comme le veut Faure, des injections de morphine, mais il n'en est pas de même pour les grossesses ultérieures. Des symphyses utéro-pariétales peuvent en effet se produire qui prédisposeront la malade aux présentations vicieuses, aux accouchements prématurés et même aux avortements. On comprendra donc que si l'on y recourt au cours de la grossesse, c'est par crainte d'un danger immédiat ; mais on comprendra aussi combien il serait dangereux d'y recourir sans nécessité. C'est pourtant ce qu'occasionne une erreur de diagnostic. Ce serait pour nous une satisfaction bien grande que de savoir que la connaissance de ce signe particulier a pu éviter à une malade une opération non seulement inutile pour le présent, mais fâcheuse pour l'avenir.

Avant de terminer ce chapitre de l'influence du kyste de l'ovaire sur la menstruation nous rappellerons brièvement que le kyste développé avant la puberté n'empêche point par lui-même, lorsqu'il est simple, la mens-

truation d'apparaître d'une façon normale. Nous possédons trois observations de ce fait (obs. 12, 36, 60). Deux fois le kyste était simple, et l'autre fois il était de nature maligne (obs. 60). Dans cette dernière les règles furent irrégulières et très abondantes. Dans l'observation 36 les règles n'apparurent point, mais il s'agissait d'une malade dont l'état général était devenu très mauvais. La cause de la non-apparition des règles n'est donc point le kyste. Enfin, dans l'observation 12 les règles apparurent d'une façon normale.

Nous signalerons enfin, mais sans y insister, la relation qui existe d'une part entre le développement de la tumeur et les troubles menstruels et d'autre part entre les crises de torsion du pédicule et les modifications des règles.

CHAPITRE III

Des rapports de la menstruation et du kyste de l'ovaire.

Nous avons étudié en détails, le chapitre précédent, à cause de l'importance plus grande qu'il nous paraissait avoir, aussi serons-nous bref dans l'étude de l'influence de la menstruation sur le kyste ovarique. Nous examinerons quelle influence exerce sur le développement du kyste de l'ovaire, la menstruation, tout d'abord pendant l'évolution de la tumeur, puis avant l'apparition du kyste.

§ 5. — Influence de la menstruation pendant l'évolution de la tumeur

En parcourant nos observations nous avons pu voir que souvent c'est au moment des règles que la tumeur a pour la première fois manifesté sa présence. Il s'est produit des troubles divers suivant les cas : ou bien, c'est une douleur vive, ou bien c'est une petite masse

plus ou moins douloureuse qui est apparue dans l'une ou l'autre des fosses iliaques, ou bien c'est la menstruation elle-même qui a été troublée.

Sur nos 74 observations, 5 fois pareil fait s'est produit : 2 fois ce furent des douleurs vives, (obs. 26, 53), 2 fois ce fut la constatation d'une petite masse dans l'un des côtés (obs. 40, 49) qui, s'étant produites au moment des règles, attirèrent pour la première fois l'attention de la malade. 1 fois aussi ce furent des troubles de la menstruation elle-même (obs. 49).

C'est donc souvent à l'occasion de la menstruation que la tumeur manifeste pour la première fois sa présence. Son rôle ne s'arrête pas là. Lorsque la tumeur existe, la menstruation exerce encore sur elle une grande influence. C'est, en effet, souvent encore au moment d'une période menstruelle que la tumeur subit des modifications diverses. Parfois c'est une augmentation de volume qui se produit (obs. 27, 40, 47). Parfois ce sont alors des douleurs qui, ou bien n'apparaissent qu'à cette époque (obs. 24, 27), ou bien deviennent plus vives quand les règles apparaissent.

A ce sujet un fait mérite de nous arrêter un instant. Tandis que dans certains cas la douleur très vive le premier jour est continue jusqu'à la fin de la période, (obs. 4, 6ª, 7, 26, 29, 38, 40, 49, 53, 55, 57, 58), parfois cette douleur très vive du premier jour diminue, puis disparaît, quand l'écoulement a été très abondant (obs. 2, 3, 15, 44, 60, 65).

Ce peut être enfin à l'occasion des règles que des complications se produisent dans le kyste. Divers auteurs

ont déjà depuis longtemps attiré l'attention sur ce fait ; nous nous contenterons de signaler que nos observations viennent à l'appui de cette façon de voir. Dans plusieurs cas, en effet, c'est au moment des règles que sont apparues des crises de torsion du pédicule. Nous pouvons le constater dans les observations (2, 25, 27, 40, 57, 58). Dans une autre, ce sont des crises de péritonite (obs. 5). Dans une autre enfin c'est de l'ascite qui s'est produit par poussées successives, survenant chaque fois au moment des règles (obs. 16).

§ II. — Influence de la menstruation sur le développement ultérieur du kyste de l'ovaire

West disait (1) dans ses *Leçons sur les maladies des femmes :* « Il semble tout naturel qu'une femme qui a eu des règles irrégulières, douloureuses ou rares, soit plus apte à souffrir plus tard d'une maladie de l'ovaire que celle dont la menstruation a toujours été régulière. » Malgré cela sur les 94 femmes qu'il avait examinées « il y en avait 72, dit-il, où la santé utérine avait été bonne ; 3 femmes avaient eu une inflammation puerpérale dont elles avaient promptement guéri, 1 avait été très débilitée par une hémorragie après la délivrance ; chez 8, la menstruation était douloureuse, chez 5 la menstruation avait toujours été rare ; chez 3, irrégulière habituellement ; 1 était chlorotique et avait à tous

1. Page 616.

égards une mauvaise santé utérine, 1 autre avait souffert pendant des années d'une grande hypertrophie du col de la matrice et des désordres qui en avaient été la conséquence. »

Scanzoni prétendait au contraire que l'apparition de la tumeur avait été, 37 fois sur 57, précédée de troubles menstruels. Sur ces 37 femmes, dit-il, « 19, atteintes de chlorose, avaient une menstruation peu abondante ou même complètement nulle; chez 12, chaque retour de l'écoulement cataménial était accompagné d'une dysménorrhée plus ou moins violente, 5 avaient dès l'époque de leur puberté des règles très abondantes et chez 1 l'aménorrhée avait été complète jusqu'à 41 ans où nous la prîmes en traitement. Il résulte de ce qui précède que 37 fois sur 57 malades, des anomalies de la menstruation avaient existé avant le début de l'affection. »

Déjà, avant eux, Bluff, puis Cazeaux avait remarqué qu'un certain nombre de femmes atteintes de kystes de l'ovaire avaient eu avant l'apparition de la tumeur des règles troublées. Depuis, la plupart des gynécologistes ont pu constater le fait, nous n'y insisterons pas davantage.

Sur les 74 malades dont nous possédons les observations, 38 seulement sont signalées comme ayant eu des règles toujours normales (obs. 6^a, 6^b, 9, 11, 17, 18, 20, 21, 24, 25, 26, 27, 28, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 37, 39, 42, 43, 44, 45, 47, 48^a, 48^b, 50, 56, 57, 58, 59, 61, 64, 66, 69). Sur les 31 femmes qui avaient éprouvé des modifications de l'écoulement menstruel, 17 avaient eu au moment de la puberté des règles troublées qui, par la suite, étaient

devenues régulières (obs. 1, 3, 5, 8, 15, 19, 16ª, 16ᵇ, 52ª, 52ᵇ, 53, 54, 55, 63, 65, 68, 70) ; 8 avaient eu continuellement des troubles menstruels depuis la puberté (obs. 2, 7, 13, 14, 35, 38, 41, 49) ; 5 enfin, n'en avaient que depuis cette époque (obs. 4, 29, 37, 40, 52ª, 67).

Enfin nous avons trouvé que 5 fois c'était à la suite d'une grossesse qu'était apparue la tumeur, une fois à la suite d'une fausse couche et 5 fois à la suite de troubles menstruels qui 2 fois étaient consécutifs à une grossesse.

La menstruation joue donc parfois un certain rôle dans l'évolution d'une tumeur kystique, et sans avoir la prétention de dire que les troubles menstruels, qu'a pu présenter la malade avant l'apparition d'un kyste, sont la cause de cette tumeur, nous pouvons affirmer qu'il existe néanmoins entre les deux une certaine relation.

CONCLUSIONS

1° Le kyste de l'ovaire unilatéral simple ne modifie pas le rythme de la menstruation.

2° Le kyste de l'ovaire unilatéral de nature maligne suit le plus souvent la même règle.

3° Parfois cependant celui-ci peut déterminer des troubles divers qui portent sur la régularité (avance, retard), sur la durée, sur l'abondance, sur les douleurs concomitantes.

4° En tous cas, jamais il ne cause par lui-même l'aménorrhée.

5° Chez les femmes ayant dépassé la ménopause, les kystes unilatéraux peuvent produire des pertes qui simulent la réapparition des règles.

6° Les kystes bilatéraux peuvent conserver les règles intactes ou bien déterminer certains troubles menstruels.

7° Ils peuvent quelquefois entraîner l'aménorrhée.

8° L'aménorrhée ne se produit au cours de l'évolution d'un kyste de l'ovaire que lorsqu'il s'agit d'une affection bilatérale ayant entraîné la destruction complète du tissu ovarien ou lorsque le kyste se complique de torsion brusque d'inflammation avec suppuration, de crises de péritonite graves etc., ou lorsque l'état général de la malade est devenu mauvais.

9° Cette aménorrhée ainsi produite sera définitive dans le premier cas et dans le deuxième elle ne sera que temporaire, pouvant se produire pendant un mois ou deux pour faire place à des règles plus ou moins troublées à moins qu'il n'y ait une cachexie tellement intense que même en dehors du kyste, les règles seraient absentes.

10° Lorsqu'une femme se présentera avec une tumeur abdominale unique et fluctuante, et que le diagnostic restera hésitant entre un kyste de l'ovaire et une grossesse avec hydramnios, on pourra sur la persistance ou l'absence totale des règles, marchant de pair avec un état général satisfaisant, conclure à l'existence d'un kyste ou d'une grossesse.

Ce serait au moins une raison pour différer une intervention qui, bienfaisante dans un cas pourra être fâcheuse ou tout au moins inutile dans l'autre.

11° Une difficulté pourrait peut-être se présenter s'il s'agissait d'une grossesse double avec hydramnios. Dans ce cas, le mieux serait avant d'intervenir d'attendre l'époque d'apparition des signes de certitude.

12° Il existe une certaine relation entre les troubles

de la menstruation et le développement ultérieur d'un kyste de l'ovaire.

13° C'est souvent au moment des règles qu'apparaissent la tumeur, ou la douleur, ou les complications du kyste (torsion, ascite, péritonite).

14° C'est souvent enfin au moment des règles que le volume de la tumeur, la douleur prennent de plus grandes proportions.

Vu : le Président de la thèse
PINARD

Vu le Doyen :
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

ARAN. — Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus et de ses annexes. Paris, 1858.

ARNAUD. — États patholog. pouvant simuler la grossesse. *Th. Paris.* 1877.

AUVARD. — Fécondation et menstruation (*Collec. Léauté*).

— Troubles de l'insturation menstruelle et de la ménopause.

BAKER-BROWN. — Diseases of women. London, 1854.

— On Ovarian dropsy. London, 1862.

BURNES. — (Trad. par Cordes). Traité clinique des maladies des femmes.

BAUCHET. — Anat. path. des kystes de l'ovaire et ses conséquences pour le diagnostic et le traitement de ces affections, t. XIII, Paris, 1859.

BENDER (Xavier). — Contribution à l'étude des kystes racémeux de l'ovaire. *Th. Paris*, 1903-04.

CL. BERNARD. — De l'ovariotomie, in *Arch. génér. de méd.*, 5e série, t. VIII, octobre 1856.

BERNUTZ. — Conférences cliniques sur les maladies des femmes, 1888.

BERNUTZ et GOUPIL. — Maladies des femmes. Paris, 1860.

BILLOT. — Difficulté du diagnostic des kystes de l'ovaire. *Th. Paris*, 1872.

BLUFF. — De l'hydropisie de l'ovaire in journal l'*Expérience*, I, 1838.

BOINET. — Traité pratique des maladies de l'ovaire, 2e édition. 1877.

CAMIADE. — Déviation des menstrues. *Th. Paris*, 1872.

CASTANEDA Y TRIANA. — Kystes du ligt. large. *Th. Paris*, 1882.

CAUFEYNON. — Histoire de la femme, 1903.

CAZEAUX. — Des kystes de l'ovaire. *Th. d'agrég.*, Paris, 1844.

CAZENAVE. — *Thèse Paris*, 1895.

CHÉREAU. — Maladies des ovaires, 1844.

— *Journal des connaissances méd. chir.*, 1843-44-45.

— *Bulletin général de Thérapeutique médic. chir.*, t. XXIX, 1845.

CHARLES CLAY (*de Manchester*).— The Results of all the operations for the Extirpation of Diseases ovaria. Manchester, 1848.

CONDAMIN. — Kyste de l'ovaire et grossesse, in *Lyon médical*, janvier, 1894.

COURTY. — Traité des maladies de l'utérus, des ovaires et des trompes, 3e édit., 1881.

COUSIN.— Tumeurs et kystes dermoïdes de l'ovaire. *Th. Paris*, 1877.

DEBUCHY.— Des kystes dermoïdes de l'ovaire et de leur dégénérescence maligne. *Th. Paris*, 1899-1900.

DEBRAY. — Fréquence de l'évolution maligne des kystes de l'ovaire. *Th. Paris*, 1899-1900.

DEPAUL et GUÉNIOT. — Art : *Menstruation* in Dict. Dechambre

DERIEN.— Kystes dermoïdes de l'ovaire. *Th. Paris*, 1893.

DUPUYTREN.— Leçons orales, t. II.

DUVAL.— Art. *Ovaire*, in Dict. Jaccoud, t. XXV.

— Métrorrhagies chez les femmes chargées d'embonpoint, in *Gaz. des Hôp.*, 1866.

FICHEUX.— Causes d'erreur dans le diagnostic de la grossesse. *Th. Paris*, 1874.

FOSSARD. — Rupture spontanée des kystes de l'ovaire. *Th. Paris*, 1900-01.

GALLARD.— Leçons cliniques sur les maladies des ovaires. Paris, 1886.

— Leçons cliniques sur la menstruation et ses troubles. Paris, 1885.

GALLEZ. — Histoire des kystes de l'ovaire. Paris, 1879.

GAUTREZ. — Kystes séreux du lig. large. *Th. Paris*, 1885.

GIRARD. — Des kystes du parovaire. Paris, 1894.

GRENSER. — L'ovariotomie en Allemagne. Paris, 1870.

GUNDELACH. — De l'ascite symptomatique des tumeurs ovariques. *Th. Paris*, 1887.

HADJÈS. — *Thèse de Paris*, 1889.

HARDOUIN. — *Bull. de la Société scient. et médic. de l'Ouest*, 3e trim. 1902, 1er trim. 1904.

HARDY. — Menstruation et pathologie menstruelle.

HUREL. — Kystes de l'ovaire et grossesse. *Th. de Lyon*, 1899-1901.

JAYLE ET BENDER. — Les hystes racémeux de l'ovaire (*Rev. de gyn. et chir. abd.*), 1903.

KIWISCH. — Traduit par John Clay. On diseases of ovaries, 1860.

KŒBERLÉ. — *Kystes de l'ovaire* in Dict. Jaccoud. T. XXV.

KRIMER (ESTELLA). — Kystes de l'ovaire : Intervention chirurgicale. *Th. Paris*, 1893.

LABADIE-LAGRAVE ET LEGUEU. — Traité de gynécologie.

LABALBARRY. — Des kystes de l'ovaire (Pratique de Baker-Brown). Paris, 1862.

LARIAC. — Des rapports de la menstruation avec les états morbides à l'époque de la première éruption des règles. Bordeaux, 1903.

LEBÈLE. — *Thèse*, 1852.

LE DENTU ET BONNET. — Des kystes de l'ovaire in Traité Le Dentu et Delbet.

ROB. LEE. — Les maladies de l'ovaire et de l'utérus. Londres, 1853.

T.-S. LEE. — Maladies de l'utérus et de ses annexes. Londres, 1846.

LEROY. — *Thèse* de 1881.

LESOURD. — Diagnostic des kystes dermoïdes de l'ovaire. *Th. Paris*, 1893-94.

LISSAC. — *Thèse Paris*, 1896.

LUTAUD. — Traité de gynécologie.

MAHÉ. — Hémorrhagies des six premiers mois de la grossesse. *Th. Paris*, 1879.

MALASSEZ ET DE SINÉTY. — *Arch. de physiol.*, 1878-79-80-81.

MASSON. — Dégénérescence des kystes dermoïdes. *Th. Lyon*, 1896-97.

MAUCLAIRE. — *Bull. Soc. anatomique*, 1897.

MAUNOIR. — Sur le diagnostic et le traitement des kystes de l'ovaire. 1861.

MISTRAL. — Troubles de la menstruation. *Thèse Paris*, 1881.

MONPROFIT. — Chirurgie des ovaires et des trompes, 1903.

MOSSÉ. — L'opothérapie ovarienne, 1899.

MOUCHOTTE. — *Bull. de la Société anatomique*, décembre 1901, janv.-juin-octobre 1902.

NEGRONI. — *Thèse Paris*, 1896.

NÉLATON. — *Union médicale*, 1861-1867.

NEPVEU. — Rupture des kystes de l'ovaire dans le péritoine (*Ann. de gynéc.*, juillet 1875).

NEUMANN. — Spec. pathol., méd., thérap. vol. II.

NIOT. — De la torsion du pédicule des kystes dermoïdes de l'ovaire droit. Diagn. avec appendicite. *Thèse Paris*, 1900-01.

Nonat. — Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes, 1860.

Pardo de Tavera. — Métrorrhagies au début de la grossesse. *Th. Paris*, 1886.

Parizot. — Torsion du pédicule des kystes de l'ovaire. *Th. Paris*, 1886.

Péan. — Cliniques chirurgicales de l'hôpital Saint-Louis, 1879-80, 1881-82, 1882-83, 1883-84.

Petit. — Conception au cours de l'aménorrhée. *Th. Paris*, 1883.

Pinard. — Kyste et grossesse. *Sem. gynécol.*, 1902.

— Art. *menstruation*, in *Pratique médico-chirurgicale*.

Potocki et Branca. — L'Œuf humain.

Poupinel. — Kystes et tumeurs épithéliales. *Th. Paris*, 1886.

Pozzi. — Traité de gynécologie.

Quénu. — Kystes non dermoïdes. *Th. Paris*, 1881.

Raciborsky. — Traité de la menstruation.

Raimondi. — Kystes du lig. large. *Thèse*, 1897.

Reclus. — Clinique chirurg. de la Pitié, 1894.

Rémy. — Grossesse compliquée de kyste ovarique. *Th. Paris*, 1886.

Rendu (Joanny). — *Revue de la clinique des maladies des femmes de Lyon* (Serv. de Laroyenne). Paris, 1879.

Ribemont-Dessaignes et Lepage. — Traité d'accouchement.

Scanzoni. — Traité pratique des maladies des organes sexuels de la femme (Trad. Dor et Docin). Paris, 1858.

Segond. — *Kystes de l'ovaire*, in Traité chir. Duplay et Reclus.

Schrœder. — Maladies des organes génitaux de la femme (Trad. Lauwers). Bruxelles, 1890.

Simon. — *Journal de gynécologie* de Scanzoni. Wurzbourg, 1858.

De Sinéty. — Traité pratique de gynécologie, 2e édition. Paris, 1884.

Lawson-Tait. — Traité des maladies des ovaires (Trad. Ollivier), 1886.

— Traité des maladies des femmes, 1891.

Tardif. — Complications des kystes de l'ovaire pendant la grossesse. *Th. Paris*, 1906.

Terrier. — *Revue de la Société de chirurgie*, 1881 à 1891.

Terrillon. — Torsion du pédicule, in *Rev. chir.*, avril 1887.

G. Thomas. — Traité clinique des maladies des femmes (Trad. fr.). Paris, 1879.

Treille. — Kyste et grossesse. *Th. Paris*, 1873.

Triller. — Dissertation sur les tumeurs occasionnées par la suppression des règles.

VÉRON. — *Bulletin de la Soc. sc. et méd. de l'Ouest*, 2e trim. 1903.

VIAULT et JOLYET. — Traité de physiologie.

WALLISCH. — Sur les prétendues menstruations des femmes enceintes, in *Rev. gyn. et chir. abdom.*, 1906, n° 4.

WELLS (SP.). — Diseases of the ovaries, 1865 puis 1869.

— Des tumeurs de l'ovaire et de l'utérus (Trad. P. Rodet), 1883.

— Affection des ovaires et de l'utérus (Trad. fr.).

— Traité des tumeurs abdominales (Trad. fr.), 1886.

CH. WEST. — Leçons sur les maladies des femmes (Trad. fr. par Mauriac), 1858.

WORMS. — De l'extirpation des kystes de l'ovaire (Relevé de Simon), Paris, 1860.

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE I. — **Des rapports de l'ovaire normal et de la menstruation.** 11

A) De la menstruation : 1° *Définition.* 2° *Étude clinique.* 3° *Comment se produit-elle ?* 4° *Quels sont ses caractères ?* 11

B) Rôle de l'ovaire normal dans la menstruation. 20

C) L'ovaire est nécessaire. 24

CHAPITRE. II. — **Des rapports de l'ovaire atteint d'affection kystique et de la menstruation.** . . 29

A) Rapport de l'affection kystique et du tissu ovarien. 29

B) Rapport de l'ovaire atteint de kyste et de l'ovulation. 34

C) Rapport de l'ovaire atteint de kyste et de la menstruation. 1° *Historique.* 35

2° *Troubles que peuvent présenter les règles. Définitions.* 38

3° *Troubles de la menstruation que l'on rencontre au cours de l'évolution d'un kyste de l'ovaire.* 43

4° *De la fréquence des troubles menstruels au cours de l'évolution d'un kyste de l'ovaire* . 195

5° *Ces troubles sont-ils attribuables ou non au kyste. Relation qui existe entre les troubles menstruels et la variété, puis la nature de la tumeur* 198

Chapitre III. — **Des rapports de la menstruation et du kyste de l'ovaire.** 220

1° *Influence de la menstruation pendant l'évolution d'un kyste sur le développement de cette tumeur.* 220

2° *Influence de la menstruation sur le développement ultérieur d'un kyste de l'ovaire.* . 222

Conclusions 225

Bibliographie. 229

Libr. des Facultés A. MICHALON, 26, rue Monsieur-le-Prince, Paris.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE